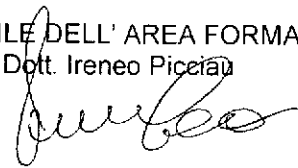


# Allegato "A"

## Approvazione Progetto Formativo Residenziale: "La Sicurezza Alimentare. Problematiche emergenti".

Il presente allegato è composto da n° 2 fogli di  
n° 20 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1415 DEL 9 OTT. 2014

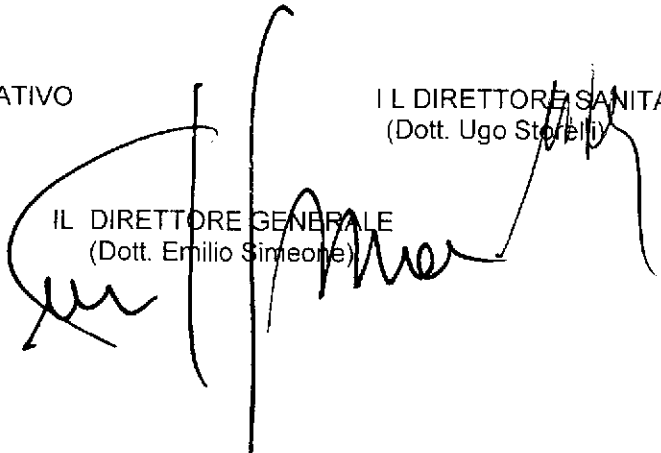
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeone)



All'Area Formazione

**OGGETTO: Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale dal titolo****LA SICUREZZA ALIMENTARE. PROBLEMATICHE EMERGENTI****Accreditamento ECM**Si richiede l'accREDITamento ECM del progetto formativo residenziale?  Sì |  No**Tipologia**Barrare con una crocetta una sola casella:

- Congresso/simposio/convegno/seminario
- Tavola rotonda
- Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare
- Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle stative per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata
- Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale
- Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
- Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali
- Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale)
- Corso di aggiornamento**
- Corso di addestramento
- Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative
- Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa
- Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici
- Videoconferenza
- Attività formativa di aggiornamenti monotematici

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

 Sì |  No

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

 Sì |  No

ASL3

NP/2014/ 0029276 del 31/07/2014 ore 11,21

Mittente Igiene degli Alimenti e della Nutri

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 193 del 2014

**ompilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima  
previste nel progetto formativo residenziale.**

**Numero Edizione/i del corso**

Numero edizioni previste:   2  

Data inizio prima edizione:   29/09  

Data fine prima edizione:   14/11  

Nel caso di più edizioni, si prega di comunicare le date di svolgimento all'Area Formazione entro 20 giorni dalla data di inizio di ciascuna di esse, altrimenti non potranno essere accreditate.

Qualora si conoscano già le date, si prega di compilare la tabella sottostante

<i>Edizione numero</i>	<i>Data di inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data di fine (gg/mm/aaaa)</i>
2	30/09	28/11
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**Sede di svolgimento**

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

SÌ |  No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

<i>Struttura</i>	<u>Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</u>	<i>Num.</i>	<u>77</u>
<i>Via</i>	<u>San Lucifero</u>	<i>CAP</i>	<u>09126</u>
<i>Comune/Prov.</i>	<u>Cagliari</u>		

**Trasmissione nominativi dei partecipanti al corso**

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

**Dati dei partecipanti**

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione:   25  

Numero partecipanti totali:   50  

*Handwritten signature*

3

### Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

#### Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo**
- Farmacista**
- Biologo**
- Chimico**
- Fisico**
- Veterinario**
- Odontoiatra**
- Psicologo**
- Assistente Sanitario**
- Dietista**
- Fisioterapista**
- Educatore Professionale**
- Igienista Dentale**
- Infermiere**
- Infermiere pediatrico**
- Logopedista**
- Ortottista/Assistente di oftalmologia**
- Ostetrica/o**
- Podologo**
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare**
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico**
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**
- Tecnico Audiometrista**
- Tecnico Audioprotesista**
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro**
- Tecnico di Neurofisiopatologia**
- Tecnico Ortopedico**
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva**
- Terapista Occupazionale**
- Tutte le professioni**

**N.B. : Per le professioni evidenziate in grassetto, consultare la pagina seguente e specificare le discipline**

#### Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Analista**
- Architetto**
- Assistente Amministrativo**
- Assistente Religioso**
- Assistente Tecnico**
- Ausiliario Specializzato**
- Avvocato**
- Coadiutore Amm.vo**
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le**
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale**
- Collaboratore Tecnico - Professionale**
- Collaboratore Professionale – Sanitario Pers. della Riabil.**
- Collaboratore Professionale - Sanitario**
- Commesso**
- Direttore Amministrativo**
- Direttore dei Servizi Sociali**
- Direttore Generale**
- Dirigente Amministrativo**
- Geologo**
- Infermiere Generico**
- Infermiere Psichiatrico**
- Ingegnere**
- Massofisioterapista**
- Odontotecnico**
- Operatore Socio - Sanitario**
- Operatore Tecnico**
- Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA)**
- Operatore Tecnico Specializzato**
- Ottico**
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente**
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo**
- Profilo Atipico Ruolo Professionale**
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario**
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico**
- Programmatore**
- Puericultrice**
- Sociologo**
- Statistico**
- Tutte le professioni**

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:**

<input type="checkbox"/> Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	<input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/> Ematologia
<input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Geriatria
<input checked="" type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	<input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Malattie Infettive
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Medicina Legale	<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	<input type="checkbox"/> Medicina Termale
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia)	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)	<input type="checkbox"/> Psichiatria	<input type="checkbox"/> Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	<input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale



5



**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista**

Farmacia Ospedaliera

Farmacia territoriale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario**

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Igiene prod., transf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati

Sanità Animale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo**

Psicologia

Psicoterapia

*d*

*M*

*6*

**Obiettivo formativo**

Barrare una sola casella:

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*
- Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica*
- Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura*
- Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia*
- Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie*
- La sicurezza del paziente*
- La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato*
- Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale*
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera*
- Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute*
- Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali*
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure*
- Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute*
- Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità*
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria*
- Etica, bioetica e deontologia*
- Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn*
- Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica*
- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità*
- Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie*
- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione*
- Fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio – assistenziali*
- Sicurezza alimentare e/o patologie correlate*
- Sanità veterinaria*
- Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza*
- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate*
- Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate*
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto*
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assesment*

M

17



**Area tematica**

Barrare una sola casella:

- Area comunicazione e relazione
- Area cure primarie
- Area salute mentale
- Area materno infantile
- Area delle dipendenze
- Area riabilitazione
- Area oncologica
- Area farmaceutica
- Area giuridico - normativa
- Area qualità e risk management
- Area metodologica
- Area etica e deontologica
- Area specialità chirurgiche
- Area specialità mediche
- Area prevenzione e promozione della salute
- Area informatica
- Area emergenza ed urgenza
- Area igiene e sanità pubblica
- Area sicurezza luoghi di lavoro
- Area salute immigrati
- Area cardiovascolare
- Area medicina veterinaria
- Area diagnostica di laboratorio
- Area diagnostica per immagini
- Area gestionale management organizzativa
- Area gestionale management economico finanziaria

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*





**Finalità\***

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Incrementate le conoscenze e le competenze, utili ai fini dell'espletamento delle attività di controllo ufficiale, inerenti le problematiche emergenti nel campo della sicurezza alimentare

---

---

---

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Verranno affrontate le problematiche relative alle attività e alle procedure inerenti gli interventi connessi al controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare, al fine di migliorare la qualità, l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza

---

---

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Condividere con il laboratorio di analisi i protocolli e le procedure relative alla verbalizzazione e al campionamento degli alimenti, come presupposto indispensabile al fine di ottenere risultati analitici attendibili.

---

*f*

*AS*

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

*8*



Si allega il programma ?  *Si* |  *No*

Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale E.C.M. e sul sistema AGENAS.

Si prega di indicare i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma, coerentemente con quanto riportato al punto successivo (metodologia didattica).

Durata singola edizione (non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio): Ore: 23 Minuti: 00

### Metodi didattici

Il totale complessivo deve corrispondere alla durata della singola edizione del corso; non si conteggiano la registrazione dei partecipanti, i saluti e le pause.

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	18	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	1	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	1	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	2	00
Role - Playing	RP		

### Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello)*
- Prova orale (allegare le domande)*
- Esame pratico (allegare la descrizione)*
- Prova scritta (allegare la descrizione)*
- Project work (allegare la descrizione)*
- Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)*

*N*  
*10*

**Attrezzatura****(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)** Videoproiettore |  Computer portatile |  Lavagna a fogli mobili |  Aula informatica**Responsabile scientifico nel progetto**

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

Nome	<u>Ugo</u>	Cognome	<u>Storelli</u>
Qualifica	<u>Direttore Sanitario ASL CA</u>		
Competenze	_____		
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Luogo di nascita	_____	Data di nascita	_____

Al termine del corso, sarà sua cura, del responsabile del servizio proponente il corso, consegnare all'Area Formazione:

**1 – Dichiarazione Lista Partecipanti al Progetto Formativo** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

n.b.: ai fini del riconoscimento dei crediti E.C.M., non sono consentite assenze al corso da parte dei partecipanti

n.b. 1 : nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione


**2 – Nota di trasmissione materiale didattico post – corso che trasmetta** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione):

- **Elenco dei questionari/prove di valutazione** (o una dichiarazione che attesti l'avvenuto superamento o non superamento del corso dal punto di vista didattico) **di apprendimento utilizzati/e dai partecipanti** specificando su ciascuno di essi se sia da considerarsi come "prova superata" o "non superata". Per l'E.C.M., sono da considerare validi i questionari di apprendimento per i quali si è risposto correttamente ad almeno il 60% delle domande.
- **Elenco dei questionari di gradimento del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)
- **Elenco dei questionari di gradimento di ogni singolo docente del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)

n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

**3 – Dichiarazione di Prestazione Didattica Regolarmente Eseguita** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere separatamente una nota per ciascuna edizione

**4 – Modulo di Consegna Materiali Didattici a cura del/dei docente/i del corso** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)**5 – Dichiarazione Ricaduta Formativa a Distanza - da consegnare 6 MESI dopo la fine del corso** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)



**Massimali e retribuzione dei docenti  
(delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):**

Voce di spesa	Docente Interno	Docente Esterno
Pasti	come da disposizioni aziendali	I pasti saranno rimborsati fino ad un massimo di € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore, e € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (art. 5, D.P.R. 395/88).
Mobilità	come da disposizioni aziendali	Aereo, nave, treno: rimborso in classe economica dietro presentazione delle ricevute di spesa e delle carte d'imbarco; Uso del mezzo proprio: è ammesso, se sussiste almeno una delle seguenti condizioni: a) maggiore convenienza economica rispetto ai servizi di linea; b) inconciliabilità degli orari; c) particolari comprovate esigenze – dovranno comunque essere indicati targa e tipo dell'automezzo utilizzato Autobus: è ammesso esclusivamente il rimborso delle corse extraurbane dietro presentazione del biglietto in originale regolarmente obliterato
Pernottamento	come da disposizioni aziendali	Max 110,00/notte
Compenso	In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;  Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza;  * = come da disposizioni aziendali	- Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A - Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B - Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C - Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D  Per importi superiori ai € 100,00/ora e/o comunque superiori a quelli indicati nelle tabelle per i rispettivi professionisti, è necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale
Compenso Codocenza	In orario di servizio: a - € 1,41/ora per il comparto; b - € 2,05/ora per la dirigenza;  Fuori orario di servizio*: a - € 6,45/ora per il comparto; b - € 10,25/ora per la dirigenza;	- € 25,00/ora fascia unica
Compenso tutor	In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;  Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza;  *il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso	- € 30,00/ora fascia unica (il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso)

**Spese non rimborsabili:**

- 1 - Ricevute relative ai taxi
- 2 - Ricevute di parcheggio del mezzo proprio
- 3 - Le ricevute relative al noleggio di autovettura
- 4 - Gli scontrini fiscali privi della descrizione del bene e/o servizio acquistato
- 5 - Le ricevute pasti e/o alloggio non fiscali
- 6 - Le ricevute riferite a pasti consumati in data antecedente a quella di emissione
- 7 - I biglietti autofilferrotranvian relativi a percorsi urbani

*m* 12

**Fasce di competenza compensi docenza esterna (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012)**

Fascia	Requisiti professionali
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti di ogni grado del sistema universitario e dirigenti della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione</li> <li>▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale</li> <li>▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale</li> <li>▪ Dirigenti d'azienda o imprenditori impegnati in attività del settore di appartenenza, rivolte ai propri dipendenti, con esperienza professionale almeno decennale nel profilo o categoria di riferimento</li> <li>▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza</li> <li>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale</li> <li>▪ Ricercatori universitari di I livello e funzionari della PA impegnati in attività propria del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno quinquennale</li> <li>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza</li> <li>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B</li> <li>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni</li> <li>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni</li> <li>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni</li> </ul>



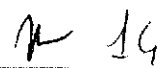
13

**Dati dei docenti**
**Docente nr. 1**

Nome	Antonio	Cognome	Piga
Qualifica	Professore associato Università degli Studi Sassari, Piazza Università, 07100 Sassari		
Telefono		Cellulare	3293605815
Fax		Email	pigaa@uniss.it
Luogo di nascita		Data di nascita	09/01/1965
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: <u>8</u> per edizione = 16 ore		
Compenso orario docente esterno	€ 100,00/h	Totale compenso	€ <u>1.600,00</u>
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € 111,16		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € 220,00		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: 64,00		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 2**

Nome	Nicoletta Pasqualina	Cognome	Mangia
Qualifica	Ricercatore Universitario		
Telefono	079 229287	Cellulare	349 5109775
Fax	079 229370	Email	nmangia@uniss.it
Luogo di nascita	Orune (NU)	Data di nascita	05/04/1969
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: <u>7</u> per edizione = 14 ore		
Compenso orario docente esterno	€ 100,00/h	Totale compenso	€ <u>1.400,00</u>
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € 111,16		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € 220,00		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: 64,00		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		



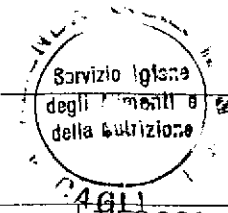
**Docente nr. 3**

Nome	MARGHERITA	Cognome	PISANU
Qualifica	BIOLOGO DIRIGENTE		
Telefono	079-2892333	Cellulare	349-7639670
Fax	079-2892324	Email	margherita.pisanu@izs-sardegna.it
Luogo di nascita	URI	Data di nascita	01-02-1957
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>111,16</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € <u>220,00</u>		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: <u>64,00</u>		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 4**

Nome	Maria Cecilia	Cognome	Testa
Qualifica	Dirigente farmacista		
Telefono	0792892343	Cellulare	3474294457
Fax	0792892378	Email	cecilia.testa@izs-sardegna.it
Luogo di nascita	Sassari	Data di nascita	27-11-1961
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>111,16</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € <u>220,00</u>		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: <u>64,00</u>		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		


M 15


**Docente nr. 5**

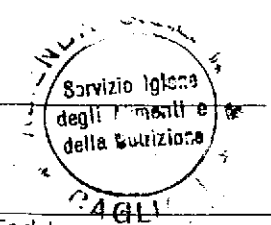
Nome	MARIA GIOVANNA	Cognome	TILOCCA
Qualifica	BIOLOGO BORSISTA		
Telefono	0792892332	Cellulare	3286647791
Fax	0792892324	Email	mgtilocca@gmail.com
Luogo di nascita	Alghero	Data di nascita	17/10/1977
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	X Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B    X C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: <u>3</u> per edizione = 6 ore		
Compenso orario docente esterno	€ <u>50,00</u> /h	Totale compenso	€ <u>300,00</u>
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>111,16</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € <u>220,00</u>		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: <u>64,00</u>		
X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)			

**Docente nr. 6**

Nome	BRUNA ANGELA FRANCESCA	Cognome	VODRET
Qualifica	CHIMICO DIRIGENTE		
Telefono	0792892332	Cellulare	3473019960
Fax	0792892324	Email	bruna.vodret@izs-sardegna.it
Luogo di nascita	Sassari	Data di nascita	20/02/1962
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	X Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	X A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ _____ /h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>111,16</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € <u>220,00</u>		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: <u>64,00</u>		
X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)			


 46




**Docente nr. 7**

Nome	Tiziana	Cognome	Tedde
Qualifica	Veterinario Specialista, area Sicurezza Alimentare		
Telefono	079 2892352	Cellulare	3450835077
Fax	079 2892324	Email	tiziana.tedde@izs-sardegna.it
Luogo di nascita	Sassari	Data di nascita	15/07/1973
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____/h	Totale compenso	€ ____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>111,16</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € <u>220,00</u>		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: <u>64,00</u>		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 8**

Nome	Sebastiano	Cognome	Virgilio
Qualifica	Dirigente Veterinario responsabile Laboratorio di Ispezione Alimenti IZS Sardegna		
Telefono	079 2892334	Cellulare	3479375499
Fax	079 2892324	Email	sebastiano.virgilio@izs-sardegna.it
Luogo di nascita	Mara (SS)	Data di nascita	06/10/1957
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____/h	Totale compenso	€ ____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>4</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>111,16</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spese pernottamenti: € <u>220,00</u>		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: <u>64,00</u>		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

M 17


**Docente nr. 9**

Nome	Maria Paola	Cognome	Cogoni
Qualifica	Responsabile Laboratorio – Microbiologia degli alimenti		
Telefono	070-21914213	Cellulare	333-4318520
Fax		Email	paola.cogoni@izs-sardegna.it
Luogo di nascita	Muravera	Data di nascita	22/05/1957
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: _____		
Compenso orario docente esterno	€ _____ /h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: <u>2</u> - Totale spesa rimborso pasti: € <u>55,58</u>		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		

**Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

 *Formazione strategica e Formazione di sistema*     *Formazione specifica*
 *Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento):* \_\_\_\_\_

 *Sponsor Commerciali*     *Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):* \_\_\_\_\_

 Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi?  Sì |  No

**Riepilogo voci di spesa del corso**

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3.300,00
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.760,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 944,86
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ <u>512,00</u>
<b>E</b>	Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ _____
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM	€ 180,76
<b>Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 6.697,62</b>

**Dati del referente della segreteria organizzativa**

Nome	Liliana	Cognome	La Licata
Telefono	070/6094806	Cellulare	3346153149
Fax	070/6094800	email	lilianalalicata@asl8cagliari.it
Indirizzo	Via San Lucifero 77 Cagliari		



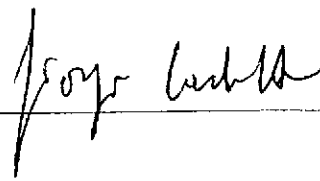
**Materiali informatici da inviare necessariamente per l'accreditamento E.C.M.**  
(entro 45 giorni prima della data di inizio del corso)

- **Curriculum del Responsabile Scientifico** (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Curriculum di ogni singolo docente** coinvolto nel progetto formativo (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Programma del corso** (formato word) con il dettaglio delle metodologie didattiche utilizzate e con l'esatta indicazione sulla durata degli interventi dei docenti che intervengono in ciascuna fascia oraria del programma
- **Strumento di valutazione dell'apprendimento** (formato word) – vedi esempio questionario sul sito aziendale

**Indicare la struttura di appartenenza**

- Coordinamento distretti (Tiziana Cotza)*
- D.A. Servizi amministrativi (Laura Bernardini)*
- D.A. Servizi tecnico logistici (Laura Bernardini)*
- Centrale Operativa 118 (Alessandro Folleri)*
- Dipartimento Emergenza Urgenza (Alessandro Folleri)*
- Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari (Alessandro Folleri)*
- D.G. Staff (Laura Bernardini)*
- DASS Accreditamento Strutture Sanitarie (Giovanni Ballicu)*
- Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (Anna Paola Ibba)*
- Dipartimento Dipendenze (Renata Casu)*
- Dipartimento Farmaco (Paolo Nieddu)*
- P.O. Binaghi (Paolo Nieddu)*
- P.O. Businco (Tiziana Cotza)*
- P.O. Marino (Anna Paola Ibba)*
- P.O. Microcitemico (Paolo Nieddu)*
- P.O. San Giuseppe (Paolo Nieddu)*
- P.O. San Marcellino (Paolo Nieddu)*
- P.O. Santissima Trinità (Paolo Nieddu)*
- Dipartimento Prevenzione (Tiziana Cotza)*
- Dipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)*

*l*

<p align="center"><b>Nome e cognome</b> (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	
<p align="center"><b>Timbro e Firma</b> (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

*19*

ASL8

NP/2014/ 0035297 del 26/09/2014 ore 12,13

Mittente DIREZIONE SANITARIA

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 200 del 2014



Prot. n

26/2014/167668

ASL8

PG/2014/ 0067668 del 06/06/2014 ore 12,08

Mittente Igiene degli Alimenti e della Nutr

Assegnatario DIRETTORE SANITARIO ASL 8 RESP

Classifica 2 14 1 Fascicolo 118 del 201



Dipartimento di Prevenzione  
Servizio Igiene degli Alimenti  
e della Nutrizione

Al Direttore Sanitario  
ASL 8 Cagliari

Al Responsabile Area Formazione  
ASL 8 Cagliari

Oggetto: Richiesta realizzazione II edizione progetto formativo.

Cagliari 06 GIU. 2014

Lo scrivente Servizio sta provvedendo ad organizzare il progetto formativo dal titolo "La Sicurezza Alimentare. Problematiche Emergenti", inserito nell'All. A alla delibera n.148 del 10/02/2014 della nostra ASL.

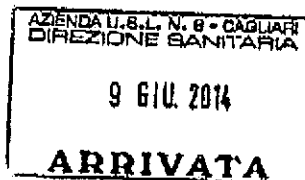
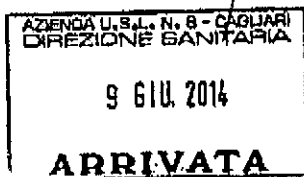
Considerato che:

- il suddetto corso è l'unico che il SIAN riesce ad realizzare nel 2014,
- il Servizio aveva preventivato due edizioni dello stesso,
- il 2° corso richiesto e inserito nell'All. B alla delibera n 148 del 10/02/2014 non verrà realizzato nel corrente anno,

al fine di assicurare la formazione a tutto il personale del Servizio e, non essendo possibile, per esigenze di servizio, la partecipazione contemporanea di tutto il personale in un'unica edizione, si chiede di poter realizzare nel corrente anno la seconda edizione del corso "La Sicurezza Alimentare Problematiche Emergenti"

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Starelli)

Dott. Giorgio Carlo Steri  
Direttore del Servizio Igiene degli  
Alimenti e della Nutrizione



Asl Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
C.F. e p.iva 02261430926  
www.asl8cagliari.it  
PROVINCIA DI CAGLIARI

Dipartimento di Prevenzione  
Servizio Igiene degli Alimenti e  
della Nutrizione  
Direttore Dott. Giorgio Carlo Steri  
Via S. Lucifero 77 09127 Cagliari  
Tel 070:6094809 Fax 070:6094800  
SISTEMA REGIONALE DI SICUREZZA ALIMENTARE

20