

507
11 MAG. 2016

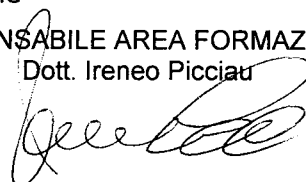
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Residenziale:
**"Corso di base per l'espletamento
dell'attività di audit su OSA nel campo
della sicurezza alimentare"**

Il presente allegato è composto da n° *10* fogli
di n° *10* pagine

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Prot. n.

NP/2016/8988

Al Responsabile dell'Area Formazione
Dott. Ireneo Picciau
Via Caravaggio, sn
09121 -Mulinu Becciu
Cagliari

04 APR. 2016

Oggetto: Richiesta attivazione di un progetto formativo

Si invia in allegato la Scheda di attivazione del progetto Formativo "Corso di base per l'espletamento dell'attività di audit su OSA nel campo della sicurezza alimentare" previsto in quattro edizioni, inserito nel PFA 2016, rivolto ai Dirigenti Medici e ai Tecnici della prevenzione del Servizio Igiene degli alimenti e della Nutrizione.

Il corso organizzato come Formazione sul campo- Gruppo di miglioramento si propone attraverso questa modalità formativa di sviluppare e concordare all'interno del Servizio un modus operandi univoco nell'espletamento del processo di "audit", integrando le conoscenze tra le diverse figure professionali coinvolte, condividendo le esperienze già maturate e concordando le modalità organizzative nell'espletamento dell'attività specifica.

Trattandosi di formazione sul campo, non si prevede la presenza di un docente in quanto i partecipanti saranno tutti coinvolti in un processo di apprendimento in cui le conoscenze, le esperienze e la partecipazione di tutti consentirà di sviluppare e migliorare l'attività di audit presso gli Operatori del Settore alimentare. Per ogni gruppo è stato individuato un coordinatore, indicato nella Scheda di attivazione del progetto Formativo nel riquadro previsto per l'inserimento del Formatore/tutor.

Cordiali saluti.



| | |
|--------------------------------|--|
| AZIENDA U.S.L. n. 8 - CAGLIARI | |
| AREA FORMAZIONE | |
| - 7 APR. 2016 | |
| PRESA IN CARICO | |

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

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale
Titolo del Progetto: " Corso di base per l'espletamento dell'attività di audit su OSA nel campo della sicurezza alimentare "
Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante
Attività formativa di aggiornamenti monotematici
L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO
È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI
È prevista una quota di partecipazione? NO
Se "SI" indicare l'importo € 000,00
Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO
Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.
Numero di edizioni previste

| | Data Inizio | Data fine | | Data Inizio | Data fine |
|-------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------|------------|
| 1 ^a Edizione | <u>09/05/2016</u> | <u>03/10/2016</u> | 6 ^a Edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> |
| 2 ^a Edizione | <u>11/05/2016</u> | <u>05/10/2016</u> | 7 ^a Edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> |
| 3 ^a Edizione | <u>16/05/2016</u> | <u>10/10/2016</u> | 8 ^a Edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> |
| 4 ^a Edizione | <u>18/05/2016</u> | <u>12/10/2016</u> | 9 ^a Edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> |
| 5 ^a Edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> | 10 ^a Edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> |

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.
Sede di svolgimento
Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI
N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.
Se sì, indicare l'indirizzo:
Sede Servizio Igiene degli alimenti e della Nutrizione
Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via San Lucifero 77 - 09125 Cagliari

RIF. prot. n. NP/2016/8588
 DEZ 04 APR. 2016

- 12

3

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 47

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

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 Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- 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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- 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 Personale della Riabilitazione
- 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
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- 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"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

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., trasf., 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

Progetto Formativo

Area tematica

Area igiene e sanità pubblica

Obiettivo formativo

Sicurezza alimentare e/o patologie correlate

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Migliorare le conoscenze e le competenze professionali e organizzative per l'espletamento dell'attività di audit sugli OSA

B - Acquisizione competenze di processo:

concordare comportamenti univoci nell'espletamento di un audit e uniformare i criteri decisionali relativi alla valutazione della conformità ai requisiti alla normativa

C - Acquisizione competenze di sistema:

sviluppare tra le diverse figure professionali coinvolte nel processo l'integrazione necessaria per il miglioramento della specifica attività

D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

acquisizione di un modus operandi univoco tra tutti i dipendenti impegnati nell'attività dell'audit, e che risponda alle caratteristiche previste dalla normativa in termini di efficienza, efficacia e appropriatezza.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico del progetto

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

Cognome Steri Nome Giorgio Carlo

Codice Fiscale STRGGC53H17B354F Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 17/06/1953

Telefono 0706094811 Cellulare 3346150018 Fax 0706094800 e-mail ig.alim@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Responsabile struttura complessa Competenze Direzione, coordinamento e responsabilità di gestione.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome La Licata Nome Liliana

Codice Fiscale LLCLLN56C55B354I Telefono 070/6094806 Cellulare 3346153149 Fax 0706094800 e-mail

lilianalalicata@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 14 Minuti: 00

Metodologie didattiche

| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----------|-----------|
| Lezioni Magistrali | LM | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Serie di relazioni su tema preordinato | LRP | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti | TR | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde") | CD | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti | DTSED | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi) | PPCC | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto | LPG | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche | ED | <u>14</u> | <u>00</u> |
| Role - Playing | RP | <u>0</u> | <u>00</u> |

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)

Attrezzatura

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

- Videoproiettore
 Computer portatile
 Lavagna a fogli mobili
 Aula informatica
- Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

#

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Loi Nome MassimoCodice Fiscale LOIMSM62E31A007Q Luogo di nascita ABBASANTA Data di nascita 31/05/1962Professione ECM TECNICO DELLA PREVENZIONE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.Telefono 0706094814 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706094800 e-mail massimoloi@asl8cagliari.itQualifica tecnico della prevenzioneInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Asuni Nome MarcoCodice Fiscale SNAMRC60T25B354K Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 25/12/1960Professione ECM tecnico della prevenzione Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.Telefono 0706094808 Cellulare 3346151499 Fax 0706094800 e-mail marcoasuni@asl8cagliari.it Qualifica tecnico

della prevenzione

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome LAI Nome MARIANOCodice Fiscale LAIMRN59B05G445T Luogo di nascita PERDASDEFOGU Data di nascita 05/02/1959Professione ECM TECNICO DELLA PREVENZIONE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.Telefono 0706094814 Cellulare 3346151139 Fax 0706094800 e-mail mananolai@asl8cagliari.it Qualifica Tecnico

della prevenzione

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome ASUNIS Nome ROSSANOCodice Fiscale SNSRSN64L04D323A Luogo di nascita DOLIANOVA Data di nascita 04/07/1964Professione ECM Tecnico della prevenzione Disciplina ECM Fare clic qui per Immettere testo.Telefono 0706094814 Cellulare 3346151486 Fax 0706094800 e-mail rossanoasunis@asl8cagliari.it Qualifica tecnico della prevenzioneInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire: 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare: 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

 Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo. Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No**Riepilogo voci di spesa**

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

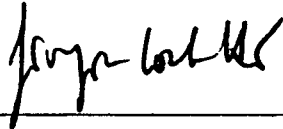
Macrostruttura di appartenenza Coordinamento distretti D.A. Servizi amministrativi D.A. Servizi tecnico logistici Centrale Operativa 118 Dipartimento Emergenza Urgenza Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari

- D.G. Staff
- DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
- Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
- Dipartimento Dipendenze
- Dipartimento Farmaco
- Dipartimento Prevenzione

- Dipartimento Salute Mentale
- P.O. Marino
- P.O. San Giuseppe
- P.O. San Marcellino
- P.O. Santissima Trinità
- P.O. Binaghi

Dichiarazione ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p style="text-align: center;">A.S.L. n° 8 - CAGLIARI IL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE <i>Dott. Giorgio Carlo Steri</i></p> |
| <p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> |  |



g-

20