

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Residenziale: "Etichettatura dei prodotti alimentari di origine animale e dei prodotti della pesca"

Il presente allegato è composto da n° 12 fogli di
n° 12 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1274 DEL 28 OTT. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



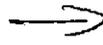
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



4/7/2015

of

Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Igiene della Produzione, Trasformazione,
Commercializzazione, conservazione e trasporto
degli alimenti di origine animale



DIR. SANITARIA

Al Responsabile dell'Area Formazione
Sede

Al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione
Sede

ASLS

NP/2015/ 0021433 del 30/06/2015 ore 12,09

Mittente: Igiene della Prod.,trasf.,comm.,co

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: 2 10 3 Fascicolo: 3 del 2015



Oggetto: richiesta attivazione corso di formazione.

Nel corso della verifica e supervisione dell'attività di controllo ufficiale sui prodotti alimentari di origine animale si è individuata un'importante criticità dovuta ad una imperfetta conoscenza e alla difforme interpretazione da parte degli operatori delle nuove norme di legge sull'etichettatura dei prodotti alimentari e dei prodotti della pesca.

Considerata la necessità di ampliare la conoscenza del quadro normativo di riferimento finalizzata sia all'interpretazione univoca da parte degli operatori del Servizio delle norme di legge rappresentate dai Reg. CE1169/2011 e Reg.CE1379/2013, che all'acquisizione di competenze necessarie all'analisi e risoluzione dei problemi che inevitabilmente sorgono nel corso di esecuzione dei controlli ufficiali presso gli spacci di vendita e presso le industrie di produzione degli alimenti di origine animale, si chiede l'attivazione del corso di formazione dal titolo: **Etichettatura dei prodotti alimentari e dei prodotti della pesca.**

Il corso destinato ai medici veterinari ed ai tecnici della prevenzione di questo Servizio si svolgerà in due edizioni il 29 e 30 ottobre c.a. secondo modalità, obiettivi e costi indicati nella richiesta di attivazione allegata alla presente.

Si precisa che per il 2015 non è previsto lo svolgimento di altri eventi formativi rivolti al personale di questo Servizio.

Distinti saluti

Ponere favorevole
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Dott.ssa SILVANA TIOCCA

*al Responsabile Formazione
in cc al Resp. Sanitario
del Servizio*



Il Responsabile del Servizio

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Mereu

Mereu

Asl Cagliari
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

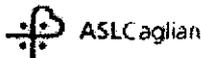
Via Nebida n° 21 Cagliari
Tel 070/6092705 Fax 070/6092755
e-mail: veterinario.alimenti@asl8cagliari.it
Responsabile: Dr. R. Mereu

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA

- 8 LUG. 2015

ARRIVATA

2



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Etichettatura dei prodotti alimentari di origine animale e dei prodotti della pesca"

**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
Prima edizione	28/10/15	28/10/15
Seconda edizione	29/10/15	29/10/15

A

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? no

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede: Aula del Servizio Igiene degli Alimenti di origine animale ASL n. 8 di Cagliari

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Nebida, 21 – 09129 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 25 Totale Partecipanti 50

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n 6 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 X
Farmacista
Biologo
Chimico
Fisico
Veterinario X
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 X
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

Descrizione prova pratica corso di aggiornamento

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

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

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

Sanità Animale X

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

Progetto Formativo

Area tematica

Sicurezza alimentare

Obiettivo formativo

Sicurezza alimentare e/o patologie correlate.

Finalità*

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

I partecipanti dovranno acquisire competenze finalizzate ad affinare il sistema di valutazione dell'etichettatura dei prodotti alimentari di origine animale (carni e derivati, prodotti della pesca, ecc..) e la rispondenza ai dettami stabiliti dai nuovi regolamenti comunitari.

B - Acquisizione competenze di processo:

Sviluppo di conoscenze e capacità tecniche con miglioramento globale delle prestazioni professionali

C - Acquisizione competenze di sistema:

Maggior coordinamento e uniformità di azione tra le figure professionali coinvolte nei controlli.

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Tilocca Nome Silvana.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.

Qualifica Fare clic qui per immettere testo. Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Siddi. Nome Maria Rita

Codice Fiscale SDDMRT60S51B354L. Telefono 0709801700. Cellulare 3284147283 Fax 0709801703. e-mail mariaritasiddi@asl8cagliari.it

Descrizione prova pratica corso di aggiornamento

Esercitazione interattiva(casi pratici, giurisprudenza, discussione, brain storming)

I discenti dovranno esaminare le etichette di diversi prodotti alimentari di origine animale e valutare la rispondenza delle informazioni riportate in etichetta ai dettami di legge. In caso di riscontro di non conformità stabilire le azioni conseguenti e stilare i documenti correlati.

2

7

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: 8 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>5</u>	<u>30</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>2</u>	<u>30</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</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) X 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)

X Videoproiettore X Computer portatile XLavagna a fogli mobili Aula informatica

Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Formatore

Cognome **Avagnano** Nome **Francesco**

Codice Fiscale Fare **VRSFNC70S20H703Z**. Luogo di nascita **SALERNO** . Data di nascita **20 NOVEMBRE 1970**

Telefono **0895683019** Cellulare **3924148108** Fax **089 5683019** . e-mail **aversanof@yahoo.it** Qualifica **AVVOCATO**

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

Ore di docenza da retribuire **16** Totale compenso **€ 1600 oltre IVA 22% e cassa 4%**

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

Numero Pasti **5** Totale spesa rimborso pasti **€ 138,95**

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare **2** Totale spesa pernottamento **€ 220**

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali **€ 300**

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita

Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

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 **€ 000,00**

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare **000** Totale spesa pernottamento **€ 000,00**

Eventuali 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 Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita

Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

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 **€ 000,00**

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare **000** Totale spesa pernottamento **€ 000,00**

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali **€ 000,00**

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

1

2

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? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1600 + 416 (IVA 22% + cassa prevedenziale 4%))
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 220
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 138,95
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 300
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 250
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15

Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)

€ 2.866,10

A cura dell'Area Formazione

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. Microcitemico
P.O. San Giuseppe
P.O. San Marcellino
P.O. Santissima Trinità
P.O. Binaghi
P.O. Businco

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

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Responsabile del Servizio Igiene degli a.o.

Dr Renzo Mereu



4

ASL8
NP.2015/24305 del 29/07/2015 ore 07,40
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



Al Direttore Sanitario
Sede

Tiziana
14/08/2015
[Signature]

Oggetto: richiesta attivazione corso di formazione.

In riferimento alla nota pari oggetto, prot. n. NP/2015 0021433 del 30.06.2015, a firma del Responsabile dell'UOC Servizio di Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale, per la quale la S.V. in data 13.07.2015 ha chiesto al sottoscritto le valutazioni del caso, si comunica quanto segue:

- La formazione in questione non è prevista nel Piano Aziendale della Formazione 2015, che è stato interamente impegnato.
- Pertanto, la sua eventuale realizzazione dovrebbe comportare un'integrazione economica al budget del Piano per un importo previsto di € 2.924,95.
- Da una verifica presso i nostri uffici risulta che il Servizio in questione dispone ancora di un residuo non speso di € 1.481,91 del fondo per la Formazione Specifica, che gli è stato assegnato per il 2015.
- Di conseguenza, nell'eventualità che la S.V. voglia procedere all'autorizzazione del corso, si suggerisce che venga disposto l'utilizzo di tale fondo residuo, limitando l'integrazione economica al Piano della Formazione 2015 a soli € 1.443,04.
- L'unica spesa aggiuntiva potrebbe eventualmente riguardare l'accreditamento ecm, nel caso in cui la struttura lo richiedesse.
- Nell'eventualità in cui la S.V. voglia autorizzare la richiesta, l'Area Formazione è disponibile a dare il proprio supporto organizzativo ed amministrativo per la realizzazione dell'intervento formativo.

[Handwritten mark]

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau

[Signature of Dott. Ireneo Picciau]

anche con F. spec
[Signature]
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Sca. Savina Ortu

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
31 LUG. 2015

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
18 AGO. 2015
SEGNA COME VISTO

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca,
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

12