ASLCagliari

Allegato "A"

653
15 GIU. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"I fattori di rischio indiretti: le violazioni intenzionali della legislazione alimentare, pratiche commerciali non leali e frodi nel campo alimentare"

Il presente allegato è composto di n. 8 fogli,
di n. 8 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

ASL8
NP/2016/ 0011411 del 28/04/2016 ore 08,09
Mittente Igiene degli Allevamenti e delle P
Assegnatario Area Formazione
Classifica 1.5.7 Fascicolo 1 del 2016

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
07 GIU. 2016
PRESA IN CARICO

All'Area Formazione
ASL 8 CAGLIARI

Oggetto : documentazione relativa al progetto formativo residenziale: " I fattori di rischio indiretti: le violazioni intenzionali della legislazione alimentare, pratiche commerciali non leali e frodi nel campo alimentare."

In riferimento all'oggetto si invia la documentazione così di seguito dettagliata:

- Scheda richiesta attivazione progetto formativo residenziale
- Indicazione di scelta del Docente Dr. Avv. Francesco Aversano e dichiarazione assenza di conflitto di interessi
- Indicazione di scelta del Docente Magg. CC Davide Cristoforo Colajanni e dichiarazione assenza di conflitto di interessi
- Dichiarazione accettazione incarico di Responsabile Scientifico e assenza di conflitto di interesse della Dr.ssa Silvana Tilocca
- Dichiarazione accettazione incarico di Docente del Dr. Avv. Aversano
- Dichiarazione accettazione incarico di Docente del Magg. CC Colajanni
- Accettazione preventivo spese del Dr. Avv. Aversano
- Rinuncia compenso del Magg. CC Colajanni

Cagliari, 27/04/2016

Il Direttore del SIAPZ
Dr. Alberto Mua

Dr. Alberto Mua
Direttore del Servizio di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Il Direttore SIAOA
Dr. Renzo Mereu

Dr. Renzo Mereu
Direttore del Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale

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

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
Settore III – Controllo randagismo – Anagrafe canina e Igiene Urbana Veterinaria
Responsabile: Dr.ssa Carla Cortis
Via Nebida, 21 09121 Cagliari
Tel 070/6092714 Fax 070/6092739
e-mail: igiene.allevamenti@asl8cagliari.it
Responsabile: Dr. Alberto Mua

ASLCagliari

Servizio Proponente SIAOA - SIAPZ

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " :" I fattori di rischio indiretti: le violazioni intenzionali della legislazione alimentare, pratiche commerciali non leali e frodi nel campo alimentare." "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento

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 Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	09/06/2016	09/06/2016	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	10/06/2016	10/06/2016	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª Edizione	/ /	/ /

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 CAGLIARI

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) CITTADELLA DELLA SALUTE VIA ROMAGNA PADIGLIONE F

3

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 30 **Totale Partecipanti** 60

☒ 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:

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

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 medicina veterinaria

Obiettivo formativo

Sicurezza alimentare e/o patologie correlate

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

ACQUISIRE COMPETENZE LEGISLATIVE IN MERITO ALLE FRODI ALIMENTARI

B - Acquisizione competenze di processo:

DEFINIRE IL RUOLO E LE COMPETENZE DEI SOGGETTI COINVOLTI NEI CONTROLLI UFFICIALI

C - Acquisizione competenze di sistema:

CONFRONTO INTERDISCIPLINARE E DEFINIZIONE DEGLI AMBITI DI COMPETENZA DI INTERVENTO ANCHE RISPETTO AD ALTRI ORGANISMI COINVOLTI NEI CONTROLLI

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

COORDINAMENTO DELLE DIVERSE FIGURE OPERATIVE COINVOLTE NEL SISTEMA

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

**** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati***

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 DIRETTORE DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASL CAGLIARI **Competenze** Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome SIDDI/ALOI Nome MARIA RITA/DANIELA
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo.**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.

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

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 Docente Esterno
Cognome COLAJANNI Nome DAVIDE CRISTOFORO
Codice Fiscale CLJDDC75R11B963L Luogo di nascita CASERTA Data di nascita 11/10/1975
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 0659947529 Cellulare 3313659670 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail davidecolajanni@gmail.com Qualifica MAGGIORE CARABINIERI NUCLEO ANTISOFISTICAZIONI
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0 Totale compenso € 000,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 55,58
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome AVERSANO Nome FRANCESCO
Codice Fiscale VRSFNC70S20H703Z Luogo di nascita SALERNO Data di nascita 20/11/1970
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 0895683019 Cellulare 3924148108 Fax 08895683019 e-mail aversano@yahoo.it Qualifica AVVOCATO
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 800,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 5 Totale spesa rimborso pasti € 138,95
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 220,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 300,00
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.
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È 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? ☐Sì ☒No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1600,00 + IVA E CASSA
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 220,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 194,53,00
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)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 284,04
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) *A cura dell'Area Formazione*	€ 3.028,65

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 e per gli effetti 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	SILVANA T ILOCCA
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE *Dott.ssa Silvana Tilocca*