ASLCagliari

Allegato "A"

1267

- 1 DIC. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"Metodi e tecniche del controllo ufficiale: Valutazione dell'applicazione delle procedure predisposte dall'Osa relative all' analisi di rischio e dei punti critici di controllo".

Il presente allegato è composto da n° 8 fogli
di n° 8 pagine

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

ASL8
NP 2015/34649 del 23/11/2015 ore 12:20
Mitt : Igiene degli Alimenti e della Nut...
Ass : Area Formazione
Class : 1 Fasc.: 252 del 2015

Servizio Proponente

Servizio Igiene degli Alimenti e della nutrizione

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

"Metodi e tecniche del controllo ufficiale: Valutazione dell'applicazione delle procedure predisposte dall'OSA relative all' analisi di rischio e dei punti critici di controllo"

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

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste: 2

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	01/12/15	02/12/15
Seconda edizione	03/12/15	04/12/15

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?

SI

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede SIAN

Via San Lucifero 77

09127

Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 25 **Totale Partecipanti** 50

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

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- **Medico Chirurgo**
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

- *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
- *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M.per la professione di Psicologo

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Progetto Formativo

Area tematica

N.B. (indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)

- *Area igiene e sanità pubblica*

Obiettivo formativo

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo,cancellare tutte le voci che con interessano)

- *Sicurezza alimentare e/o patologie correlate*

*Finalità **

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

- Incrementare le conoscenze e le competenze relative ai metodi e alle tecniche del controllo ufficiale, e all'analisi dei criteri utilizzati per la valutazione delle procedure predisposte dall'OSA relative all' analisi di rischio e dei punti critici di controllo

B - Acquisizione competenze di processo:

- Il corso tramite le lezioni frontali, lavori a piccoli gruppi e confronto con esperti intende favorire la consapevolezza dell'integrazione del lavoro tra le varie figure professionali coinvolte nell'espletamento dei Controlli Ufiiciali

C - Acquisizione competenze di sistema:

- Acquisire maggiori competenze al fine di migliorare la qualità, l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza e adempiere a quanto richiesto a livello regionale, nazionale ecc.

**** 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_Floris Nome__Mario Saturnino
Codice Fiscale __FLRMST53T19E400L_
Luogo di nascita __Laconi____Data di nascita __19/12/1953
Telefono 0706094735 Cellulare __3281774698_ FAX 0706094735
e-mail mariosaturninofloris@asl8cagliari.it
Qualifica___Dirigente Medico_____ Competenze

Referente della segreteria organizzativa

Cognome_La Licata Nome___Liliana
Codice Fiscale LLCLLN56C55B354I
Telefono _0706094806 Cellulare 3346153149 FAX 070/6094800
e-mail _lilianalalicata@asl8cagliari.it__

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel <u>programma in allegato</u>, 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: 16 Minuti: 00**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	10	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
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		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	4	
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

<u>cancellare tutte le voci che con interessano</u>

- *Questionario (allegare il modello)*

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)
cancellare tutte le voci che con interessano

- *Videoproiettore*
- *Computer portatile*
- *Lavagna a fogli mobili*
- *Aula informatica*

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio*, *Docente interno fuori orario di Servizio*, *Co-Docente interno in orario di Servizio*, *Co-Docente interno fuori orario di Servizio*, *Tutor interno in orario di Servizio*, *Tutor interno fuori orario di Servizio*, *Docente Esterno*, *Co-Docente Esterno*, *Tutor Esterno*

Cognome_Monteleone_ **Nome**__Domenico_ **Codice Fiscale** _ **MNTDNC58C27C581I**

Luogo di nascita **Cessaniti (Vibo Valentia)** **Data di nascita** 27.03.1958 **Telefono** 06 59946567

Cellulare 337-870312 **FAX** _____ **e-mail** d.monteleone@sanita.it

Qualifica_ **Dirigente sanitario farmacista** di I° livello TD presso il Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione , la sicurezza degli alimenti del Ministero della Salute **Competenze** _____

Ore di docenza/Co-Docenza- 16 ore per edizione (sono previste 2 edizioni)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio: (***N.B. cancellare la voce che non interessa***)

Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88),

Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 0re (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 9 **Totale spesa rimborso pasti €**__250,11

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare __4____ **Totale spesa pernottamento** _440

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €__400

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

7

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio*, *Docente interno fuori orario di Servizio*, *Co-Docente interno in orario di Servizio*, *Co-Docente interno fuori orario di Servizio*, *Tutor interno in orario di Servizio*, *Tutor interno fuori orario di Servizio*, *Docente Esterno*, *Co-Docente Esterno*, *Tutor Esterno*

Cognome_Massaro_ **Nome**__Mario____ **Codice Fiscale** MSSAMRA68D08FI52C
Luogo di nascita __Mesagne_(BR)_**Data di nascita** _08/04/1968_ **Telefono** __0659946240_____
Cellulare _____ **FAX** _____ **e-mail** m.massaro@sanita.it_____
Qualifica__Dirigente Professioni sanitarie presso il Ministero della Salute_Gestione del Sistema rapido di allerta per alimenti e mangimi e segreteria tecnica del Piano Nazionale integrato dei controlli ufficiali
Competenze _____

Ore di docenza/Co-Docenza- 16 ore per edizione (sono previste 2 edizioni)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio: (***N.B. cancellare la voce che cpn interessa***)
Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88,
Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 0re (D.P.R. 395/88
Numero Pasti 9 **Totale spesa rimborso pasti** €__250,11
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare __4____ **Totale spesa pernottamento** _440
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €__400

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

Fonti di finanziamento

(*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Formazione di sistema

Riepilogo voci di spesa del corso

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)	€ 880,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 500,22
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 800,00
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)***	€ 399,48
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***a cura dell'Area Formazione***	**€ 2579,70**

Macrostruttura di appartenenza

(*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

- Dipartimento Prevenzione

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)	Dott. Giorgio Carlo Steri Direttore Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Dr. GIORGIO C. STERI