

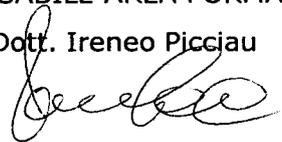
Allegato "A" <sup>1093</sup> 20 OTT. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"Applicazione dei regolamenti comunitari  
nella produzione, trasformazione e  
commercializzazione del latte e derivati".**

Il presente allegato è composto di n.....<sup>9</sup> fogli,  
di n.....<sup>9</sup> pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASLB  
NP.2015/26980 del 07/09/2015 ore 09,04  
Mitt.: Igiene degli Allevamenti e delle ...

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015



All'Area Formazione  
ASL 8 CAGLIARI

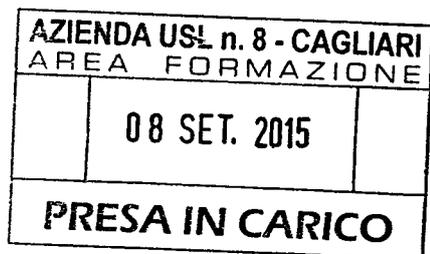
Oggetto : documentazione relativa al progetto formativo residenziale “ Applicazione dei Regolamenti Comunitari nella produzione, trasformazione e commercializzazione del latte e derivati” Cagliari 22-23 /10/2015

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

- Scheda richiesta attivazione progetto formativo residenziale
- Indicazione di scelta del Docente Dr. Scarano Christian e dichiarazione assenza di conflitto di interessi
- Indicazione di scelta del Docente Dr. ssa Giorgio Alba e dichiarazione assenza di conflitto di interessi
- Dichiarazione accettazione incarico di Responsabile Scientifico e assenza di conflitto di interesse del Dr. Mua Alberto
- Dichiarazione accettazione incarico di Docente del Dr. Scarano
- Dichiarazione accettazione incarico di Docente della Dr.ssa Giorgio
- Accettazione preventivo spese del Dr. Scarano
- Accettazione preventivo spese della Dr.ssa Giorgio

Cagliari, 07/09/2015

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



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](mailto:igiene.allevamenti@asl8cagliari.it)  
Responsabile: Dr. Alberto Mua

Asl Cagliari

Sede legale e sede Amm.va: Via Piero della Francesca,  
1 09047 Selargius  
c.f. e p. iva 02261430926  
[www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it)

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " APPLICAZIONE DEI REGOLAMENTI COMUNITARI NELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE E COMMERCIALIZZAZIONE DEL LATTE E DERIVATI "**

**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 1**

	Data inizio	Data fine
Prima edizione	22/10/2015	23/10/2015
Seconda edizione	/ /	/ /
Terza 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.**

**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 Dipartimento Prevenzione

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap ) Via Liguria CAGLIARI

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
08 SET. 2015	
PRESA IN CARICO	

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 30 Totale Partecipanti 30

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

4

4

**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 type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input 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 medicina veterinaria

### Obiettivo formativo

Sicurezza alimentare e/o patologie correlate

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

SVILUPPARE IL LIVELLO DI CONOSCENZA DELLA NORMATIVA EUROPEA E DELLE SUE RICADUTE IN AMBITO NAZIONALE

#### B - Acquisizione competenze di processo:

MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA DEL PROPRIO RUOLO NELL'AMBITO DELLA SICUREZZA ALIMENTARE E DELLA SANITA' PUBBLICA

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

GARANTIRE UNA SEMPRESI PIU' EFFICACE ED EFFICIENTE APPLICAZIONE DELLE NORMATIVE, AUMENTANDO IL LIVELLO DI COLLABORAZIONE FRA I DIVERSI ATTORI COINVOLTI NELLA FILIERA AGROALIMENTARE

*\* 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 MUA Nome ALBERTO

Codice Fiscale MUALRT53P17B354G Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 17/09/1953

Telefono 0706092721 Cellulare 3204325577 Fax 0706092739 e-mail ALBERTOMUA@ASL8CAGLIARI.IT

Qualifica DIRETTORE SIAPZ Competenze Fare clic qui per immettere testo.

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome ALOI Nome DANIELA

Codice Fiscale LAODNL66B47B354J Telefono 0706092726 Cellulare 3346149842 Fax 0706092739 e-mail danielaaloi@asl8cagliari.it

A

## 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: 16 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>4</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>6</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>4</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>00</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)       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 EsternoCognome SCARANO Nome CHRISTIANCodice Fiscale SCRCRS73P16I452M Luogo di nascita SASSARI Data di nascita 16/09/1973Telefono 079229554 Cellulare 3204299936 Fax 079229458 e-mail scarano@uniss.it Qualifica RICERCATORE UNIVERSITARIO

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 800,00Spese 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 0 Totale spesa rimborso pasti € 0,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 EsternoCognome GIORGIO Nome ALBACodice Fiscale GRGLBA62B56A662R Luogo di nascita BARI Data di nascita 16/02/1962Telefono 3357807095 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail a.giorgio@usl11.toscana.it Qualifica Veterinario DirigenteInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € ,00Spese 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 € 55,58Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 400,00*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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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

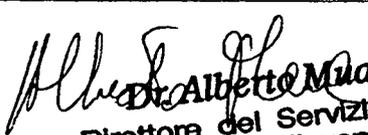
<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 960,00
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 220,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 55,58
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 400,00
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 284,04
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 1.919,62</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco                |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale         |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                         |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico                  |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe                   |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff                                     | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino                 |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie        | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità             |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari         | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                        |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze                        | <input type="checkbox"/> P.O. Businco                        |

### 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

<p><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ALBERTO MUA</p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p> Direttore del Servizio di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche</p>