**Immagine che contiene Carattere, simbolo, logo, Elementi grafici

Descrizione generata automaticamente**

|  |
| --- |
| Azienda Sanitaria Proponete |
|  |
| Servizio Proponente |
|  |

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo**

Titolo del Progetto:

|  |
| --- |
|  |

**Si richiede l’accreditamento ECM del progetto formativo?**

**SI NO** *(cancellare la voce che non interessa)*

**Dettaglio macro-tipologia corso**

*(cancellare le voci che non interessano)*

|  |
| --- |
| * Formazione residenziale classica * Convegni, congressi, simposi e conferenze * Workshop, seminari, corsi teorici che si svolgono all’interno di convegni, congressi, simposi e conferenze * Videoconferenza |

**Scegliere una Tipologia dall’elenco sottostante**

*(cancellare le voci che non interessano)*

|  |
| --- |
| * Congresso / simposio / convegno / seminario * Tavola rotonda * Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare * Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata * Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale * Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale * Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali Frequenza clinica con assistenza di tutor e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale) * Corso di aggiornamento * Corso di addestramento * Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative * Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa * Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici * Videoconferenza * Attività formativa di aggiornamenti monotematici |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durata in Ore:** | **N° partecipanti per edizione** | **Numero di edizioni** | **Data inizio**  **Prima edizione** | **Data fine**  **Prima edizione** |
|  |  |  |  |  |

**Formazione residenziale interattiva**

**SI NO** *(cancellare la voce che non interessa)*

**Durata attività interattiva: \_\_\_\_**

**Luogo di Svolgimento**

**Città:** Nome della città

**Sede:** sede del corso

|  |  |
| --- | --- |
| PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI | **Locale – Regionale – Nazionale – Internazionale**  *(cancellare la voce che non interessa)* |
| L'EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| L'EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| L'EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| L’EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| È PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| È PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI? | **NO/SI** *(cancellare la voce che non interessa),*  *se SI indicare i Rischi associati al corso* |

**DOCENTI / RELATORI / MODERATORI**

**RILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI:** Nazionale/Internazionale*(cancellare la voce che non interessa)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo (cognome e nome)** | **Argomento** | **Ore previste di docenza** | **Nazionalità estera (SI/NO)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**Per ogni Docente/Relatore/Moderatore compilare e allegare l’Allegato A**

**Per ogni Docente/Relatore/Moderatore allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell’incarico e il Curriculum**

**RESPONSABILI SCIENTIFICI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo (cognome e nome)** | **Argomento** | **Ore previste di docenza** | **Nazionalità estera (SI/NO)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**Per ogni Responsabile Scientifico compilare e allegare l’Allegato A**

**Per ogni Responsabile Scientifico allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell’incarico e il Curriculum**

**TUTOR**

**È PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR?** SI/NO*(cancellare la voce che non interessa)*

*SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo (cognome e nome)** | **Argomento** | **Ore previste di docenza** | **Nazionalità estera (SI/NO)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**Per ogni TUTOR compilare e allegare l’Allegato A**

**Per ogni TUTOR allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell’incarico e il Curriculum**

**SPONSOR**

**È PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR?** SI/NO*(cancellare la voce che non interessa)*

*SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAGIONE SOCIALE** | **PARTITA IVA** | **LUOGO** | **QUOTA** | **TIPO CONTRATTO** |
|  |  |  |  |  |

**FINANZIAMENTI**

**Il corso è realizzato con:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **finanziamento in proprio** | **0%** |  | **finanziamenti esterni** | **SI/NO** *(cancellare la voce che non interessa)* | |
| **finanziamento pubblico** | **0%** |  | **Quote di iscrizione** | **0%** | |
|  |  |  | **Sponsor commerciali** | **0%** | |
|  |  |  | **Sponsor non commerciali** | **0%** | |
|  |  |  |  |  | |
| **SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO** | | | | | **SI/NO** *(cancellare la voce che non interessa)* |
| **L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?** | | | | | **SI/NO** *(cancellare la voce che non interessa)* |

***SCELTA DEGLI OBIETTIVI***

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

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp)
2. Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica
3. Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura
4. Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attivita' sanitarie
6. La sicurezza del paziente. Risk management e responsabilita' professionale
7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera
10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali
12. Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
13. Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo
15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell’attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti
16. Etica, bioetica e deontologia
17. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema
18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà
20. Tematiche speciali del S.S.N e S.S.R ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissionale nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali
21. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione
22. Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socioassistenziali
23. Sicurezza e igiene alimentare, nutrizione e/o patologie correlate
24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale
25. Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza
26. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate
27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione
28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto
29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche e fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment
30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia - con acquisizione di nozioni di processo
31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia - con acquisizione di nozioni di sistema
32. Tematiche speciali del S.S.N e S.S.R ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissionale nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo
33. Tematiche speciali del S.S.N e S.S.R ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissionale nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema
34. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazione, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
35. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica; normativa in materia sanitaria: principi etici e civili del S.S.N e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
36. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza
37. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione
38. Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza: valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti

***Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti***

***Descrivere le competenze che verranno acquisite dai partecipanti***

**Professioni dei partecipanti**

***N.B. (cancellare le voci che non interessano)***

**Professioni Accreditate 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

**Professioni NON Accreditate 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

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

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

* *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

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

***N.B. (cancellare le voci che non interessano)***

*Farmacia Ospedaliera* *Farmacia Territoriale*

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

***N.B. (cancellare le voci che non interessano)***

* *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*
* *Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati*
* *Sanità Animale*

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

***N.B. (cancellare le voci che non interessano)***

*Psicologia*

*Psicoterapia*

***METODI DIDATTICI***

***N.B. Nel conteggio delle ore non vanno considerati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.***

Durata singola edizione **Ore: \_\_ Minuti: \_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Metodologie** | **SI/NO** |
| Lezioni Magistrali |  |
| Serie di relazioni su tema preordinato |  |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti |  |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore (“l’esperto risponde”) |  |
| Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti |  |
| Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi) |  |
| Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto |  |
| Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche |  |
| Role - Playing |  |

**MODALITÀ DI VERIFICA**

**Verifica presenza partecipanti:**

***N.B. (cancellare le voci che non interessano)***

Firma di presenza

Sistema elettronico

**Verifica apprendimento**

***N.B. (cancellare le voci che non interessano)***

* Questionario con risposta aperta
* Questionario a risposta multipla
* Produzione / elaborazione di un documento
* Esame pratico *(allegare la descrizione)*
* Questionario a risposta multipla on line
* Esame orale
* Realizzazione di un progetto

**TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI**

*Indicare l’eventuale materiale rilasciato ai partecipanti*

**Responsabile segreteria organizzativa**

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Denominazione Segreteria organizzativa

Sito Web Segreteria organizzativa

Numero di telefono Segreteria organizzativa

e-mail Segreteria organizzativa

**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**  Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento,  Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) |  |
| **Firma**  Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) |  |
| **Se trattasi di un progetto Formativo non deliberato nel Piano Formativo Annuale**  **è necessaria l’autorizzazione da parte del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Regionale proponente** | |
| **Nome e cognome**  Direttore Generale  Azienda Sanitaria del SSR |  |
| **Firma**  Direttore Generale | Si autorizza |