

**SCHEDA DI PROGETTAZIONE
INIZIATIVA DI FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO INTERNA**

TITOLO _____

PIANO FORMATIVO ANNO 20 _____

OBIETTIVO DI BUDGET A CUI FA RIFERIMENTO _____ (*)

STRUTTURA ORGANIZZATIVA _____

UNITA' OPERATIVA (CDR) _____

- FORMAZIONE RESIDENZIALE**
- FORMAZIONE SUL CAMPO**
- CATALOGO codice n°** _____ A cura del Servizio formazione

DATA SVOLGIMENTO EDIZIONE n° 0 DAL _____ **AL** _____

EDIZIONI PREVISTE NELL'ANNO N. _____

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO E.C.M.

SI NO

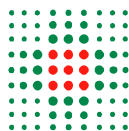
 REGIONALE

 MINISTERIALE

DATA INVIO AL SERVIZIO FORMAZIONE ()** _____

(*) Fare riferimento all'obiettivo indicato nella scheda Budget della Formazione
(**) Ufficio competente per iniziative formative SERVIZIO FORMAZIONE - SVILUPPO ATTIVITA' del PIANO FORMATIVO

la presente scheda deve pervenire all'ufficio competente
 - almeno **120 giorni dalla data di inizio dell'iniziativa** in caso di richiesta ECM **Ministeriale**
 - almeno **45 giorni dalla data di inizio dell'iniziativa** in caso di richiesta ECM **Regionale**
 - almeno **20 giorni dalla data di inizio dell'iniziativa** in caso di **eventi non accreditat**



SEZIONE 1: PROGETTO FORMATIVO

PARTE I: INFORMAZIONI GENERALI

1.01 Direttore dell'evento formativo

Nome e Cognome _____

Qualifica _____

Breve Curriculum (**MAX 1000 CARATTERI SPAZI INCLUSI**: si consiglia di utilizzare tutti i caratteri messi a disposizione)*
(**TRASMETTERE IL FILE DEI CURRICULA AL SERVIZIO FORMAZIONE**) * La trasmissione del curriculum vale come assenso al trattamento dei dati personali, ai sensi degli art. 18 e 19, D. Lgs 30/6/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

E-mail _____

Telefono _____

Cellulare _____

Fax _____

1.02 L'evento è organizzato in collaborazione con altro organizzatore esterno ? (una scelta)

- No
- Sì indicare l'ente esterno _____
Indicare eventuale numero di Provider E.C.M. _____

1.03 Sede di svolgimento

Città _____

Provincia _____

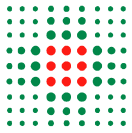
Sede dell'evento _____

Indirizzo _____

Capienza della sede: n° _____ posti

1.04 Finalità dell'iniziativa formativa (una scelta)

- tecnico-professionale
- organizzativo-gestionale
- comunicativo-relazionale
- etica



1.05 Breve descrizione degli obiettivi formativi*

(descrizione di **MAX 1000 CARATTERI** spazi inclusi: si consiglia di utilizzare tutti i caratteri messi a disposizione)

**La Commissione ECM ha segnalato che in fase di valutazione delle schede sono emerse sovente carenze nella descrizione degli obiettivi formativi dell'evento. Tali carenze hanno comportato difficoltà per la Commissione nella valutazione dei crediti proposti. Si richiama pertanto la necessità di porre maggiore attenzione nel descrivere gli obiettivi in modo chiaro, univoco e misurabile.*

accrescere le conoscenze teoriche in tema di:

.....

fornire abilità pratiche:

.....

stimolare comportamenti/aspetti relazionali

.....

Specificare argomenti per la classificazione dell'evento (3 parole chiave)

Argomento: _____

Argomento: _____

Argomento: _____

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA (se presente):

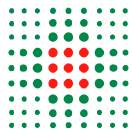
Nome _____ Cognome _____

Società _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov _____

Recapito telefonico _____ cellulare _____ fax _____

Questo documento è di **proprietà** dell'**Azienda USL DI BOLOGNA** e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale



1.06 Tipologia dell'iniziativa

per le iniziative di **FORMAZIONE RESIDENZIALE** (una scelta)

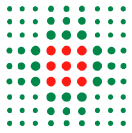
<input type="checkbox"/> congresso/convegno/simposio/conferenza/seminario, workshop, serie di seminari
<input type="checkbox"/> tavola rotonda
<input type="checkbox"/> conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici
<input type="checkbox"/> consensus meeting inter-aziendali finalizzati alla revisione delle statistiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata
<input type="checkbox"/> corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici
<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento
<input type="checkbox"/> corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
<input type="checkbox"/> corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionale
<input type="checkbox"/> corso su aspetti relazionali (solo per richiesta accreditamento Regionale)

per le iniziative di **FORMAZIONE SUL CAMPO** (una scelta)

<input type="checkbox"/> inserimento in un nuovo servizio <input type="checkbox"/> apprendimento di una nuova tecnica <input type="checkbox"/> addestramento alla relazione	Attività di addestramento
<input type="checkbox"/> comitati aziendali permanenti <input type="checkbox"/> comitati scientifici <input type="checkbox"/> commissioni di studio	Partecipazione a commissioni o comitati
<input type="checkbox"/> Sistemi di audit	Audit
<input type="checkbox"/> Gruppi di miglioramento <input type="checkbox"/> Circoli di discussione <input type="checkbox"/> Circoli di gestione delle criticità <input type="checkbox"/> Promozione della salute <input type="checkbox"/> Cooperazione con Paesi in via di sviluppo	Partecipazione a progetti di miglioramento
<input type="checkbox"/> Studi clinici <input type="checkbox"/> Ricerche Epidemiologiche <input type="checkbox"/> Sperimentazioni/valutazioni assistenziali e organizzative <input type="checkbox"/> Piani per la salute	Partecipazione a ricerche

1.07 Descrizione dell'evento di **FORMAZIONE SUL CAMPO** e della sua rilevanza

Descrivere il più approfonditamente possibile il progetto, il programma, date, tempi, modi..etc...



1.08 Partecipanti

numero previsto di partecipanti per edizione _____

1.09 Provenienza dei partecipanti (scelta multipla)

- interni all'Organizzatore _____%
- area locale _____%
- area regionale _____%
- area nazionale _____%
- area internazionale _____%

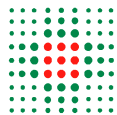
1.10 Selezionare le professioni *

Vanno indicate le professioni di coloro che parteciperanno al corso.

Per le **professioni multidisciplinari**, segnalate con un asterisco * , è necessario indicare anche la relativa **disciplina** selezionandola dall'elenco 1.11.

- Non ECM (ruoli: prof.le, tecnico ed amm.vo)
- Tutte le figure
- Assistente sanitario
- Biologo***
- Chimico***
- Dietista
- Educatore professionale
- Farmacista***
- Fisico***
- Fisioterapista
- Igienista dentale
- Infermiere
- Infermerie pediatrico
- Logopedista
- Medico Chirurgo***
- Odontoiatra***
- Odontotecnico
- Ortottista
- Ostetrica/o
- Ottico
- Podologo
- Psicologo***
- Tecnico audiometrista
- Tecnico audioprotesista
- Tecnico della prevenzione nell'ambiente di lavoro
- Tecnico di neurofisiopatologia
- Tecnico edu. e riabilit. psych. e psicosoc.
- Tecnico fisiopat. cardioc. e perf. cardiov.
- Tecnico ortopedico
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
- Tecnico sanitario di radiologia medica
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Terapista occupazionale
- Veterinario***

*Fonte: Ministero della Salute



1. 11 Professioni Multidisciplinari

1) Professione MEDICO CHIRURGO

Area medica

Professione	Disciplina
<input type="checkbox"/>	Medici Area Interdisciplinare
<input type="checkbox"/>	Medici Allergologia ed immunologia clinica
<input type="checkbox"/>	Medici Angiologia
<input type="checkbox"/>	Medici Cardiologia
<input type="checkbox"/>	Medici Dermatologia e venereologia
<input type="checkbox"/>	Medici Ematologia
<input type="checkbox"/>	Medici Endocrinologia
<input type="checkbox"/>	Medici Gastroenterologia
<input type="checkbox"/>	Medici Genetica medica
<input type="checkbox"/>	Medici Geriatria
<input type="checkbox"/>	Medici Malattie metaboliche e diabetologia
<input type="checkbox"/>	Medici Malattie dell'apparato respiratorio
<input type="checkbox"/>	Medici Malattie infettive
<input type="checkbox"/>	Medici Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza
<input type="checkbox"/>	Medici Medicina fisica e riabilitazione
<input type="checkbox"/>	Medici Medicina interna
<input type="checkbox"/>	Medici Medicina termale
<input type="checkbox"/>	Medici Medicina aeronautica e spaziale
<input type="checkbox"/>	Medici Medicina dello sport
<input type="checkbox"/>	Medici Nefrologia
<input type="checkbox"/>	Medici Neonatologia
<input type="checkbox"/>	Medici Neurologia
<input type="checkbox"/>	Medici Neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/>	Medici Oncologia
<input type="checkbox"/>	Medici Pediatria
<input type="checkbox"/>	Medici Psichiatria
<input type="checkbox"/>	Medici Radioterapia
<input type="checkbox"/>	Medici Reumatologia
<input type="checkbox"/>	Medici Scienza dell'alimentazione e dietetica

Area chirurgica

<input type="checkbox"/>	Medici Cardiochirurgia
<input type="checkbox"/>	Medici Chirurgia generale
<input type="checkbox"/>	Medici Chirurgia maxillo-facciale
<input type="checkbox"/>	Medici Chirurgia pediatrica
<input type="checkbox"/>	Medici Chirurgia plastica e ricostruttiva
<input type="checkbox"/>	Medici Chirurgia toracica
<input type="checkbox"/>	Medici Chirurgia vascolare
<input type="checkbox"/>	Medici Ginecologia e ostetricia
<input type="checkbox"/>	Medici Neurochirurgia
<input type="checkbox"/>	Medici Oftalmologia
<input type="checkbox"/>	Medici Ortopedia e traumatologia
<input type="checkbox"/>	Medici Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/>	Medici Urologia

Area della medicina diagnostica e servizi

<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Anatomia patologica
<input type="checkbox"/>	Medici Anestesia e rianimazione
<input type="checkbox"/>	Medici, Farmacisti, Biologi, Chimici Biochimica clinica
<input type="checkbox"/>	Medici Farmacologia e tossicologia clinica
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Laboratorio di genetica medica
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Medicina trasfusionale
<input type="checkbox"/>	Medici, Medicina legale
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Medicina nucleare
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Microbiologia e virologia
<input type="checkbox"/>	Medici Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/>	Medici Neuroradiologia
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi, Chimici Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
<input type="checkbox"/>	Medici Radiodiagnostica

Area di sanità pubblica

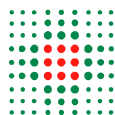
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi, Chimici Igiene degli alimenti e della nutrizione
<input type="checkbox"/>	Medici, Biologi Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro

Medicina del territorio

<input type="checkbox"/>	Medici Medicina generale (Medici di famiglia)
<input type="checkbox"/>	Medici Continuità assistenziale
<input type="checkbox"/>	Medici Pediatria (Pediatri di libera scelta)
<input type="checkbox"/>	Medici Organizzazione dei servizi sanitari di base
<input type="checkbox"/>	Medici Direzione medica di Presidio Ospedaliero
<input type="checkbox"/>	Medici Sumaisti

Area delle medicine alternative

<input type="checkbox"/>	Medici Medicine alternative
--------------------------	-----------------------------



2) Professione VETERINARIO

- Veterinari Area Interdisciplinare
- Veterinari Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Veterinari Igiene prod., trasf., commercial., conserv. E tras.Alimenti di origine animale e derivati
- Veterinari Sanità animale

3) Professione ODONTOIATRA

- Odontoiatri Area Interdisciplinare
- Odontoiatri Chirurgia orale
- Odontoiatri Ortodontia

4) Professione FARMACISTA

- Farmacia Area Interdisciplinare
- Farmacisti Farmacia ospedaliera
- Farmacisti Farmacia territoriale

5) Professione CHIMICO

- Chimici Area Interdisciplinare
- Chimici Chimica analitica
- Chimici
le ulteriori discipline specifiche sono ricondotte all'area della medicina diagnostica e servizi o all'area di sanità pubblica

6) Professione BIOLOGO

- Biologi
le ulteriori discipline specifiche sono ricondotte all'area della medicina diagnostica e servizi o all'area di sanità pubblica

7) Professione FISICO

- Fisici Fisica sanitaria

8) Professione PSICOLOGO

- Psicologi Area Interdisciplinare
- Psicologi, Medici** Psicoterapia
- Psicologi Psicologia

FORMAZIONE

1.12 Programma dell'iniziativa **RESIDENZIALE** (FORMAT)

TITOLO _____

GIORNATA N° _____; data _____/_____/200_____
SESSIONE (*) _____

Es. GIORNATA n° 1 Sessione 1: Percorsi diagnostici appropriati nella gestione extra-ospedaliera dei pazienti "acuti"

ARGOMENTO / ATTIVITÀ	RELATORI	ORARIO	METODOLOGIE (COD)
Descrivere in breve l'argomento del 1° intervento <i>Es. Importanza del governo clinico nella gestione della Sanità</i>	Indicare cognome e nome del/i docente/i dell'intervento <i>Es. Mario Rossi</i>	Indicare ora inizio ed ora fine dell'intervento <i>Es. 9.00- 9.30</i>	Indicare la lettera relativa alla metodologia tra quelle previste al <u>punto 1.13</u> del modulo <i>Es. C</i>
Descrivere in breve l'argomento del 2° intervento <i>Es. Modalità di accesso alle prestazioni radiodiagnostiche</i>	Indicare cognome e nome del/i docente/i dell'intervento <i>Es. Napoleone Neri</i>	Indicare ora inizio ed ora fine dell'intervento <i>Es. 9.30- 10.30</i>	Indicare la lettera relativa alla metodologia tra quelle previste al <u>punto 1.13</u> del modulo <i>Es. C</i>

GIORNATA N° _____; data _____/_____/200_____
SESSIONE (*) _____

Es. GIORNATA n° 1 Sessione 2 : Percorsi diagnostici appropriati nella gestione extra-ospedaliera dei pazienti "acuti"

ARGOMENTO / ATTIVITÀ	RELATORI	ORARIO	METODOLOGIE (COD)
Descrivere in breve l'argomento del 1° intervento <i>Es. Il principio di giustificazione (D.LGS. 187)</i>	Indicare cognome e nome del/i docente/i dell'intervento <i>Es. Luigi Bianchi</i>	Indicare ora inizio ed ora fine dell'intervento <i>Es. 11.00-12.00</i>	Indicare la lettera relativa alla metodologia tra quelle previste al <u>punto 1.13</u> del modulo <i>Es. D</i>

GIORNATA N° _____; data _____/_____/200_____
SESSIONE (*) _____

ARGOMENTO / ATTIVITÀ	RELATORI	ORARIO	METODOLOGIE (COD)
Descrivere in breve l'argomento del 1° intervento	Indicare cognome e nome del/i docente/i dell'intervento	Indicare ora inizio ed ora fine dell'intervento	Indicare la lettera relativa alla metodologia tra quelle previste al <u>punto 1.13</u> del modulo

(*) Per SESSIONE si intende il periodo di lezione/attività tra eventuali pause (recupero psico-fisico, ristorazione)

1.13 Metodi di insegnamento

per le iniziative di **FORMAZIONE RESIDENZIALE** (scelta multipla)

	N. Ore	Totale per gruppo
a) Lezioni magistrali		Ore frontali a) + b) + c) + d) N. _____
b) Serie di relazioni su tema preordinato		
c) Tavole rotonde con dibattito tra esperti		
d) Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore		
e) Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti		Ore interattive e) + f) + g) N. _____
f) Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi)		
g) Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto		
h) Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche (attive)		Ore attive h) + i) N. _____
i) Role-Playing (attive)		

per le iniziative di **FORMAZIONE SUL CAMPO** (scelta multipla)

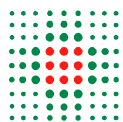
- attività con supervisione
- affiancamento
- re-training
- tele didattica
- laboratorio di comunicazione clinica
- ricerca ed organizzazione di documentazione
- lettura e discussione di gruppo
- analisi di casi
- redazione, presentazione e discussione di elaborati
- dimostrazioni tecniche con esecuzione diretta da parte dei partecipanti

1.14 Durata effettiva dell'attività formativa per edizione: n° ore _____ n° giorni _____
escludere dal conteggio la registrazione dei partecipanti; i saluti degli organizzatori (e altri); le pause (prima colazione/seconda colazione/coffee break/altre); **il tempo impiegato per l'esame finale** (strumento di verifica)

1.15 Attrezzature e tecnologie utilizzate per la didattica (scelta multipla)

- proiettore diapositive
- videoproiettore
- lavagna luminosa

Questo documento è di proprietà dell'**Azienda USL DI BOLOGNA** e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale



FORMAZIONE

- personal computer
- sistema audio
- televoter
- connettività LAN/Internet
- altre strumentazioni specifiche di addestramento (specificare) _____

1.16 Docenti *

ALLEGARE I CURRICULA DEI DOCENTI

(TRASMETTERE IL FILE DEI CURRICULA AL SERVIZIO FORMAZIONE) * La trasmissione del curriculum vale come assenso al trattamento dei dati personali, ai sensi degli art. 18 e 19, D. Lgs 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

numero docenti: _____

di cui: _____ di rilevanza Locale
_____ di rilevanza Nazionale

_____ di rilevanza Internazionale

*Qualora il docente voglia ricevere la **certificazione dei crediti ottenuti**, dovrà inoltrare al Servizio Formazione la documentazione (dati anagrafici, l'argomento di docenza, ore di docenza, data d'effettuazione della docenza)

1.17 Tutor

numero tutor _____

di cui di rilevanza locale/regionale _____

di cui di rilevanza nazionale _____

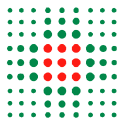
1.19 Modalità di verifica della partecipazione (una scelta)

- firma all'ingresso
- firma all'ingresso e all'uscita
- badge elettronico

- scheda di valutazione dell'Evento con firma
- dichiarazione Responsabile/Tutor (scelta possibile **solo per accreditamento Ecm Regionale**)

1.20 Materiale didattico distribuito (scelta multipla)

Questo documento è di proprietà dell'Azienda USL DI BOLOGNA e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale



FORMAZIONE

- copia lucidi
- copia relazioni
- documentazione bibliografica
- ipertesti
- esercizi
- linee guida
- altro_____

1.21 Modalità di valutazione dell'apprendimento utilizzate (scelta multipla)

ALLEGARE FILE DELLO STRUMENTO O DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI O IN MANCANZA LA DESCRIZIONE (TRASMETTERE IL FILE DELLO STRUMENTO AL SERVIZIO FORMAZIONE)

- prova orale
- questionario
 - a scelta multipla
 - a risposta aperta
- prova scritta, relazione
- prova pratica, progetto di applicazione dei contenuti oggetto dell'attività
- altro (specificare)_____

solo per accreditamento Ecm Regionale

- confronto risultati test di ingresso test finale (in caso di test ingresso)

1.22 Modalità di valutazione del gradimento (una scelta)

- scheda di gradimento dei partecipanti
- scheda di gradimento e relazione del responsabile e dei tutor/docenti

1.25 L'evento proposto è coerente con uno degli obiettivi formativi di interesse

nazionale/regionale di cui all'art. 16 ter comma 2 del D.L. 229/99 **DA COMPILARE SOLO PER**
CORSI ECM

indicare il numero dell'obiettivo _____ (vedi elenco riportato in **allegato 1**)

-Indicare dettagliatamente le **motivazioni** in base alle quali si ritiene che l'evento rientri nell'**obiettivo nazionale** o regionale precedentemente selezionato e sia di interesse specifico della **categoria professionale** (area o disciplina) per la quale è stato proposto:
