

Riservato al Provider

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ricevimento scheda)

**Formazione sul campo (FSC) - Scheda di progetto**

[ ]  **ECM** [ ]  **NON ECM**

***L’invio della scheda di progetto****, adeguatamente compilata e corredata di tutta la documentazione,* ***dovrà avvenire* almeno** **60 giorni prima della data di inizio dell’attività e 90 giorni prima in caso di formazione sponsorizzata.**

**PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE 20\_\_**

### DIPARTIMENTO O STRUTTURA PROPONENTE

|  |
| --- |
|  |

### 1. TITOLO DELL’EVENTO FORMATIVO

(max. **150** caratteri, spazi inclusi). **Gli acronimi, se presenti, vanno scritti per esteso.**

|  |
| --- |
|  |
| **PAROLE CHIAVE (MASSIMO 3):** |

### 2. PERIODO DI SVOLGIMENTO

|  |  |
| --- | --- |
| **DAL** | **AL** |
|  |  |

### 3 SEDE DI SVOLGIMENTO

|  |  |
| --- | --- |
| **SEDE/ AULA** |  |
| **INDIRIZZO** |  |

### 4. PROGETTO FORMATIVO A CURA DI:

Per eventuale richiesta di chiarimenti, integrazioni, comunicazioni contattare:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e Cognome** |  |
| **Telefono** |  |
| **E-mail** |  |

### 5. SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsabile dell’organizzazione, attuazione dell’evento e attività di segreteria.**(se convegni/congressi/simposi/conferenze, specificare l’eventuale esigenza di segreteria organizzativa esterna) |  |
| Numero di telefono |  |
| Indirizzo E-mail |  |
| Sito web |  |

### 6. TIPOLOGIA DI FORMAZIONE SUL CAMPO

La durata minima del percorso formativo di FSC è di 6 ore (ad eccezione del training individualizzato); la durata giornaliera può variare da un minimo di 1 ora ad un massimo di 6 ore.

Selezionare la tipologia scelta

|  |
| --- |
|[ ]  **TRAINING INDIVIDUALIZZATO** **(addestramento)** Attività in cui il partecipante in modo attivo acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti utili all’esecuzione di attività specifiche, all’utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti relazionali. Tirocini, training, periodi di affiancamento, attività di addestramento, supervisione, etc. in contesti lavorativi qualificati e sulla base di obiettivi ben identificati e di una programmazione specifica. **E’ necessaria la presenza di un tutor in rapporto 1:1 – 1:3 e non oltre 1:5. L’attività è programmabile per un minimo di 1 ora di addestramento.** |
|[ ]  **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO**Finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all’accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell’organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini, circoli di lettura di articoli scientifici, discussione su casi clinici, su problemi assistenziali e cure primarie, circoli di gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze.. **È necessaria la presenza di un tutor**  |
|[ ]  **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: COMMISSIONI DI STUDIO**(Interaziendali, dipartimentali, aziendali)  |
|[ ]  **COMUNITÀ DI APPRENDIMENTO O DI PRATICA**Gruppo o network professionale con l’obiettivo di generare conoscenza organizzata e di qualità. Non esistono differenze gerarchiche perché il lavoro è a beneficio dell’intera comunità. **Non è vincolante la presenza di un tutor**. |
|[ ]  **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: PDTA INTEGRATI O MULTIPROFESSIONALI**Percorsi assistenziali che perseguano risultati relativi all’affermazione di buone pratiche *evidence based* ed al miglioramento degli assetti organizzativi e gestionali dell’assistenza. |
|[ ]  **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: COMITATI AZIENDALI PERMANENTI**Ad esempio, il comitato etico, per il controllo delle infezioni, buon uso degli antibiotici o del sangue, il prontuario terapeutico, la sicurezza ed emergenze sul lavoro, ospedale senza dolore etc. **Non è vincolante la presenza di un tutor**. |
|[ ]  **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE**Attività in cui i professionisti esaminano il proprio operato e i propri risultati, in particolare attraverso la revisione della documentazione sanitaria e la modificano se necessario. Si articola nelle seguenti specifiche fasi:1. identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali oggetto di valutazione con conseguente identificazione del campione di pazienti,
2. del set di informazioni da raccogliere per ciascun caso, dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi standard), l’analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra gli esiti clinici documentati e gli standard di riferimento, definizione delle strategie di miglioramento e valutazione e gli interventi attuati per il miglioramento. **È richiesto un minimo 3 incontri a progetto.** **Non è vincolante la presenza di un tutor**.
 |
|[ ]  **ATTIVITÀ DI RICERCA (Studi osservazionali, epidemiologici, ricerca clinica, sperimentale e non su farmaci o dispositivi medici o attività assistenziali)**Partecipazione a studi finalizzati in riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente in tema di sperimentazioni cliniche, etc. **Per le specifiche iniziative contattare il Provider**. |

### 7. AREA (UNA SOLA SCELTA POSSIBILE)

|  |
| --- |
|[ ]  Convegni - Congressi |
|[ ]  Convegni e corsi su committenza |
|[ ]  Convegni e corsi su committenza della Regione |
|[ ]  Etico deontologica |
|[ ]  Emergenza |
|[ ]  Gestionale/organizzativa, compresa formazione strategica |
|[ ]  Informatizzazione e Formazione on line |
|[ ]  Integrazione Sociosanitaria |
|[ ]  Clinico assistenziale |
|[ ]  Qualità ed accreditamento |
|[ ]  Relazionale |
|[ ]  Ricerca |
|[ ]  Prevenzione e sicurezza |
|[ ]  Tecnica e amministrativa |

### 8. OBIETTIVO FORMATIVO

|  |  |
| --- | --- |
| Scrivere **un solo** numero corrispondente**, CONSULTANDO** *i tre gruppi come* ***nell’ALLEGATO 1*** |  |

### 9. STRUTTURA e METODO DEL CORSO

Descrivere sinteticamente come sarà articolato il corso (es. numero minimo di incontri previsti, se sono previsti momenti dedicati allo studio individuale o di gruppo specificandone la durata in giornate/ore etc.)

|  |
| --- |
|  |

### 10. MOTIVAZIONE/ABSTRACT DEL PROGETTO

Descrivere sinteticamente le motivazioni e lo scopo dell’attività formativa congruentemente con l’obiettivo scelto.

|  |
| --- |
|  |

### 11. OBIETTIVI/COMPETENZE DA RAGGIUNGERE

Descrivere sinteticamente ciò che i partecipanti devono raggiungere alla fine dell’evento formativo in termini di conoscenza, abilità e atteggiamenti. *(ad esempio: “alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di …”)*

|  |
| --- |
|  |

### **12.** METODOLOGIE **DIDATTICHE** (Selezionare le caselle di riferimento e descrivere sinteticamente il percorso metodologico)

|  |  |
| --- | --- |
| A | Lettura di testi o articoli scientifici o altro materiale individuale (anche in FAD) o di gruppo  |[ ]
| B | Lezione tradizionale (anche in FAD, sincrona o in differita)  |[ ]
| C | Discussione di casi in piccolo gruppo (fino a 12 partecipanti) o in grande gruppo (da 13 partecipanti in su)  |[ ]
| D | Tirocinio osservazionale con o senza tutor |[ ]
| E | Tirocinio con esecuzione di attività |[ ]
| F | Discussione /lavoro in gruppo su temi diversi in piccolo o in grande gruppo |[ ]
| **Dato obbligatorio**: **descrivere l’articolazione della metodologia didattica** (es. se on line o in presenza, se sono previsti periodi dedicati allo studio individuale o di gruppo specificandone la durata in ore, ecc.). |

### 13. RICADUTE FORMATIVE

Riprendere quanto inserito nella scheda di proposta formativa richiesta per il PAF(Piano Formativo Aziendale) in merito all’impatto atteso.

|  |
| --- |
|  |

**14. L’ATTIVITÀ E’ PREVISTA A PIANO?**
(La proposta formativa è stata inviata al Provider per la rilevazione del fabbisogno formativo - PAF)

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]
| **Scheda formativa:**  |
| Inserire il numero della scheda formativa generato da TOM. Es. SF2024.001 |

### 15. GRUPPO DI PROGETTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| È stato costituito un gruppo di progetto con il Servizio Formazione? |[ ] [ ]
| **Se SI**, sono stati redatti dei verbali relativi agli incontri? |[ ] [ ]

### 16. PARTECIPANTI

Il **numero** dei partecipanti e il **rapporto tutor/partecipanti**, ove previsto, sono gli elementi significativi per l’attribuzione dei crediti e deve considerare tutti i presenti all’evento formativo (esclusi i docenti, tutor, moderatori). Il numero dei presenti ad un evento deve corrispondere a quello dichiarato all’atto dell’accreditamento. **È consentita una tolleranza del 10% in eccesso sul numero totale dei partecipanti.**

|  |  |
| --- | --- |
| Stima delle **ore di impegno** del partecipante |  |
| Rapporto numerico TUTOR/PARTECIPANTI**\*****\***Solo per l’addestramento (training individualizzato). La presenza di un formatore-tutor deve essere assicurata nel rapporto di 1/1, 1/2, 1/3 e comunque non oltre il rapporto di 1/5 tra Tutor/Partecipanti. | **-------/------** |

**L'attività formativa è rivolta esclusivamente a personale dipendente o convenzionato con ASUGI?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **Specificare eventuali requisiti dei partecipanti o eventuali precondizioni di partecipazione al corso** Ad es. riservato ad un dipartimento o struttura, ai soli dipendenti aziendali, per possesso di formazione precedente o con requisiti specifici, altro: |
| **Numero massimo di partecipanti DIPENDENTI ASUGI per singola edizione** |  |
| **Numero massimo di partecipanti ESTERNI AD ASUGI appartenenti ad altri ENTI DEL SSR** **per singola edizione**  |  |
| **Numero massimo di partecipanti ESTERNI AD ASUGI (cliente esterno – es. liberi professionisti, associazioni, privati etc.)** |  |
| **N. massimo partecipanti ECM** |  | **N. massimo partecipanti NON ECM**  |  |
| **TOTALE PARTECIPANTI** |  |

**17. È PREVISTA UNA QUOTA DI ISCRIZIONE (PER ESTERNI)?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

**Se SI, indicare la quota prevista:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Quota di Iscrizione**  |  |

### 18. STRUTTURE OPERATIVE COINVOLTE

|  |
| --- |
|  |

### 19. TEMATICHE DI INTERESSE NAZIONALE E/O REGIONALE

L'attività formativa tratta tematiche di interesse Nazionale e/o Regionale?

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

### 20. DOCUMENTO CONCLUSIVO

È prevista la redazione di un documento conclusivo?

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

### 21. VALIDAZIONE ESTERNA DELLE ATTIVITÀ

È prevista la validazione dell’attività da parte di un soggetto esterno al gruppo?

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

**22. LINGUA UTILIZZATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| È previsto l’uso della sola lingua italiana? |[ ] [ ]
| Lingua straniera utilizzata: |[ ] [ ]
| Esiste un sistema di traduzione? |[ ] [ ]

### 23. TASSONOMIA DEGLI OBIETTIVI (selezionare le caselle di riferimento)

|  |
| --- |
| Conoscenze |[ ]
| Abilità |[ ]
| Atteggiamenti, motivazioni, valori |[ ]

24. SETTING DI APPRENDIMENTO
(Selezionare le caselle di riferimento)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Livello di attività** |  | **Tipologia di attività** |  | **Contesto di attività** |
|[ ]  Individuale  |[ ]  Elaborativa, di studio, di ricerca |[ ]  Operativo (es. ospedaliero, territoriale) |
|[ ]  Di gruppo |[ ]  Esecutiva - operativa |[ ]  Extra-operativo |
|[ ]  Mista (entrambi) |[ ]  Esercitativa |  |  |
|  |  |[ ]  Osservativa |  |  |

### 25. DESTINATARI:

Indicare, se l’evento formativo è dedicato **a tutti i professionisti con obbligo ECM**, oppure, selezionare le casellerelative alle **professioni coinvolte.**

**L’ATTIVITÀ FORMATIVA È RIVOLTA A TUTTE LE PROFESSIONI CON L’OBBLIGO ECM?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

**INDICARE LE PROFESSIONI ALLE QUALI L’EVENTO È RIVOLTO**

**Professioni/discipline sanitarie:**

|  |
| --- |
|[ ]  Odontoiatra - Odontoiatria |
|[ ]  Farmacista – Farmacia ospedaliera |
|[ ]  Farmacista – Farmacia territoriale |
|[ ]  Veterinario – Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche |
|[ ]  Veterinario – Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. alimenti di origine animale e derivati |
|[ ]  Veterinario – Sanità animale |
|[ ]  Psicologo - Psicologia |
|[ ]  Psicologo – Psicoterapia  |
|[ ]  Biologo |
|[ ]  Chimico – Chimica analitica |
|[ ]  Fisico  |
|[ ]  Assistente sanitario |
|[ ]  Dietista |
|[ ]  Educatore professionale |
|[ ]  Fisioterapista |
|[ ]  Igienista dentale |
|[ ]  Infermiere |
|[ ]  Infermiere pediatrico |
|[ ]  Logopedista |
|[ ]  Ortottista/Assistente di oftalmogia |
|[ ]  Ostetrica/o |
|[ ]  Podologo |
|[ ]  Tecnico audiometrista |
|[ ]  Tecnico audioprotesista |
|[ ]  Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare |
|[ ]  Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro |
|[ ]  Tecnico della riabilitazione psichiatrica |
|[ ]  Tecnico di neurofisiopatologia |
|[ ]  Tecnico ortopedico |
|[ ]  Tecnico sanitario di radiologia medica |
|[ ]  Tecnico sanitario laboratorio biomedico |
|[ ]  Terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva |
|[ ]  Terapista occupazionale |

**Medico chirurgo:**

|  |
| --- |
|[ ]  **TUTTE LE DISCIPLINE / SPECIALITÀ (Motivazione obbligatoria):**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  Allergologia ed immunologia clinica |  |[ ]  Medicina di comunità |
|[ ]  Anatomia patologica |  |[ ]  Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza |
|[ ]  Anestesia e rianimazione |  |[ ]  Privo di specializzazione |
|[ ]  Angiologia |  |[ ]  Psichiatria |
|[ ]  Audiologia e foniatria |  |[ ]  Medicina generale (medici di famiglia) |
|[ ]  Biochimica clinica |  |[ ]  Medicina interna |
|[ ]  Cardiochirurgia |  |[ ]  Medicina legale |
|[ ]  Cardiologia |  |[ ]  Medicina nucleare |
|[ ]  Chirurgia generale |  |[ ]  Medicina termale |
|[ ]  Chirurgia maxillo-facciale |  |[ ]  Medicina trasfusionale |
|[ ]  Chirurgia pediatrica |  |[ ]  Medicina subacquea e iperbarica |
|[ ]  Chirurgia plastica e ricostruttiva |  |[ ]  Microbiologia e virologia |
|[ ]  Chirurgia toracica |  |[ ]  Nefrologia |
|[ ]  Chirurgia vascolare |  |[ ]  Neonatologia |
|[ ]  Continuità assistenziale |  |[ ]  Neurochirurgia |
|[ ]  Cure palliative |  |[ ]  Neurofisiopatologia |
|[ ]  Dermatologia e venereologia |  |[ ]  Neurologia |
|[ ]  Direzione medica di presidio ospedaliero |  |[ ]  Neuropsichiatria infantile |
|[ ]  Ematologia |  |[ ]  Neuroradiologia |
|[ ]  Endocrinologia |  |[ ]  Oftalmologia |
|[ ]  Epidemiologia  |  |[ ]  Oncologia |
|[ ]  Farmacologia e tossicologia clinica |  |[ ]  Organizzazione dei servizi sanitari di base |
|[ ]  Gastroenterologia |  |[ ]  Ortopedia e traumatologia |
|[ ]  Genetica medica |  |[ ]  Otorinolaringoiatria |
|[ ]  Geriatria |  |[ ]  Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia) |
|[ ]  Ginecologia e ostetricia |  |[ ]  Pediatria |
|[ ]  Igiene degli alimenti e della nutrizione |  |[ ]  Pediatria (pediatri di libera scelta) |
|[ ]  Igiene, epidemiologia e sanità pubblica |  |[ ]  Psicoterapia |
|[ ]  Laboratorio di genetica medica |  |[ ]  Radiodiagnostica |
|[ ]  Malattie dell’apparato respiratorio |  |[ ]  Radioterapia |
|[ ]  Malattie infettive |  |[ ]  Reumatologia |
|[ ]  Malattie metaboliche e diabetologia |  |[ ]  Scienza dell’alimentazione e dietetica |
|[ ]  Medicina aeronautica e spaziale |  |[ ]  Urologia |
|[ ]  Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro |  |  |  |
|[ ]  Medicina dello sport |  |  |  |
|[ ]  Medicina fisica e riabilitazione |  |  |  |

|  |
| --- |
|[ ]  **ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL’OBBLIGO DEI CREDITI** |
| **Specificare i destinatari:** |

### 26. RESPONSABILE/I SCIENTIFICO/I (RSC)

Per ogni evento formativo possono essere indicati fino a tre **RSC ma solo il primo della lista sarà il titolare con la responsabilità dell’evento ECM.** Questa scheda deve essere accompagnata dal *Curriculum Vitae* di ogni RSC redatto in formato europeo, datato, firmato e corredato delle attestazioni in materia di protezione dei dati personali e della veridicità dei contenuti. **(Il CV deve essere aggiornato OGNI 3 ANNI)**

**ATTENZIONE: I/il RSC possono effettuare attività di tutoraggio ed ottenere, in tal caso, i relativi crediti ma non possono essere qualificati come partecipanti.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Nome e Cognome** | **E-mail** | **Codice Fiscale (solo se esterno)** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Nome e Cognome** | **E-mail** | **Codice Fiscale (solo se esterno)** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Nome e Cognome** | **E-mail** | **Codice Fiscale (solo se esterno)** |
|  |  |  |

### 27. TUTOR

* Elencare tutti i tutor previsti dall’attività formativa con i dati richiesti.
* Per i **tutor esterni dirigenti sanitari appartenenti al SSR e/o SSN, indicare l’Ente di appartenenza e l’e-mail di riferimento,** per richiedere l’autorizzazione e procedere al conferimento dell’incarico di tutoraggio (consultarela legenda*).*
* **La normativa ECM prevede che l’affidamento dell’incarico di tutor escluda lo stesso dall’attività di partecipante.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **E-mail** | **Codice Fiscale****(solo se esterno)** | **Qualifica di DIRIGENTE (Indicare SI oppure NO)** | **N° ore previste** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### 28. COORDINATORE - REFERENTE DEL CORSO

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinatore di corso** | **Nome e Cognome** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Referente** | **Nome e Cognome** |
|  |

### 29. MODALITÀ DI VERIFICA DELL’APPRENDIMENTO

La verifica dell’apprendimento è coerente con la tipologia del corso ed è documentata e realizzata con le seguenti modalità:

a) **la verifica delle conoscenze teoriche** è effettuata in analogia alla formazione residenziale;

b) **la verifica delle competenze/risultati attesi:**

- addestramento: utilizzo di metodologie congruenti con la tipologia di attività effettuata (osservazionale o esecutiva).

- gruppi di miglioramento, ricerca e audit: idonea documentazione sottoscritta dal RSC es. relazione finale) che documenti le attività svolte e/o i risultati raggiunti (verbali di discussioni, raccolta evidenze, report dell’audit).

**Selezionare la/e voce/i scelte:**

|  |
| --- |
|[ ]  **PROVA ORALE:** caratterizzata da un colloquio. Documentata mediante verbale sottoscritto dal docente e recante gli argomenti discussi; Nel caso di valutazione negativa devono essere documentati gli elementi considerati ai fini del mancato raggiungimento degli obiettivi. |
|[ ]  **PROVA SCRITTA:** può consistere in un elaborato libero, serie di quesiti a risposta aperta o altre modalità anche complesse (brani a completamento, ordinamento di testi, etc.). Vanno descritte le modalità di esecuzione della prova e i criteri di performance; |
|[ ]  **QUESTIONARIO:** prevede esclusivamente quesiti a risposta multipla (**almeno tre item ogni ora** dii durata dell’evento e, per ogni item, 4 distrattori di cui uno solo esatto)**.** |
|[ ]  **PROVA PRATICA (anche complessa):*** Caratterizzata dall’esecuzione di attività/procedure (prova pratica semplice);
* Realizzazione di un mandato complesso (costruzione di un progetto; discussione/risoluzione di casi clinici od organizzativi; individuazione di criteri e/o indicatori riguardanti uno specifico tema, etc.). Vanno comunque descritte le modalità di esecuzione della prova e i criteri di performance.

**FORNIRE UNA BREVE DESCRIZIONE DELLA PROVA:** (obbligatorio) |
|[ ]  **RELAZIONE:** relazione finale redatta e sottoscritta dal responsabile scientifico. |
|[ ]  **Altro**: |

**Note:**

Il tempo per l’espletamento delle prove è computato come attività ECM e deve essere congruente con il tipo di prova da svolgere. Nel caso un evento sia dedicato a più professioni e non sia di carattere trasversale possono essere previste prove diversificate in relazione ai diversi obiettivi di ciascuna figura professionale.

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterio di superamento della prova di apprendimento** | 80% delle risposte/prove corrette |

### 30. SOGGETTO VALUTATORE

|  |
| --- |
|[ ]  Autovalutazione |
|[ ]  Valutazione da parte del Responsabile Scientifico del progetto |
|[ ]  Valutazione da parte del tutor |
|[ ]  Valutazione tra pari |

### 31. OGGETTO DELLA VALUTAZIONE

|  |
| --- |
|[ ]  Competenza, capacità, abilità acquisita  |
|[ ]  Risultato operativo (report, relazione, studio etc.) |

### 32. MATERIALE DIDATTICO

Per ogni evento formativo vanno forniti ai partecipanti una **memoria sintetica per seguire i contenuti presentati** e i riferimenti per eventuali approfondimenti. Il materiale didattico da consegnare ai partecipanti può essere in forma cartacea o su supporto informatico; una copia deve essere fornita al Provider e conservata agli atti.

Gli strumenti utilizzati possono essere (apporre una crocetta nella casella corrispondente)**:**

|  |
| --- |
|[ ]  Sintesi e/o testo delle relazioni presentate o copia delle slides |
|[ ]  Selezione di articoli e/o di altro materiale scientifico e/o Linee Guida, procedure, protocolli |
|[ ]  Bibliografia e/o sitografia consigliata |
|[ ]  Nessun materiale didattico (in questo caso la scelta deve essere motivata) |

### 33. MODALITÀ DI VERIFICA DELLA PRESENZA

Verifica effettiva dei partecipanti all’evento formativo (apporre una crocetta):

|  |
| --- |
|[ ]  Firma di presenza |
|[ ]  Scheda di valutazione dell’evento firmata dai partecipanti |
|[ ]  Rilevazione elettronica /badge |
|[ ]  Relazione firmata dal Responsabile Scientifico |

### 34. L’ATTIVITÀ TRATTA ARGOMENTI ATTINENTI L’ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **COLLABORAZIONI/SPONSOR/ FINANZIAMENTI/** |

### 35. COLLABORAZIONI E PARTNER

Se l’attività formativa è organizzata in collaborazione con altri **enti fornitori/Provider nazionali**, indicare la denominazione dell’ente. Se l’attività formativa si avvale della collaborazione di **Partner non finanziatori/Provider nazionali**, indicare la denominazione dell’ente.

È possibile in merito alla collaborazione allegare l’eventuale documento che ne definisce gli intenti (es. lettera, e-mail, altro, etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| L'attività formativa è organizzata in collaborazione con altri enti fornitori/provider **regionali**?**Se SI**,indicare di seguito la denominazione del fornitore/ente/ provider:  |[ ] [ ]
| L'attività formativa è organizzata in collaborazione con altri enti fornitori/provider **nazionali**?**Se SI**, indicare di seguito la denominazione del fornitore/ente/ provider: |[ ] [ ]

### 36. SPONSOR (finanziatori che hanno un tornaconto economico)

Se l’iniziativa si avvale di sponsor **è necessario indicare il nome dello sponsor, la fornitura proposta (sia nel caso di un servizio o di una somma) e la persona di riferimento** dello sponsor per avviare le procedure del caso.

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

**Se “Si”** compilare di seguito:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome dello sponsor** |  |
| **Fornitura proposta** |  |
| **Persona di riferimento dello sponsor** |  |

37. FINANZIATORI:

Se l’iniziativa si avvale di finanziatori (es. Regione, etc.) è necessario indicarli e allegare copia della documentazione di accordo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

Se SI, Specificare

**38. VALUTAZIONE DI IMPATTO DELLA FORMAZIONE (VIF)**

Da applicare in corsi specifici e selezionati dal proponente.Si ricorda che la VIFviene richiesta per **almeno uno dei progetti presentati da ogni Dipartimento/Struttura.**

Questo percorso è soggetto a valutazione dell’impatto formativo?

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** | **No**  |
|[ ] [ ]

**Se “SI”**, procedere nella compilazione di **TUTTI** i campi della tabella successiva.

**Classificazione dell’IMPATTO ATTESO per prevalenza all’interno di ognuna delle tre aree individuate**

|  |
| --- |
| **All’interno della singola AREA (Impatto/Valore/Intensità e Innovazione), le opzioni di scelta vanno basate sulla PREVALENZA di un valore (non sull’unicità), individuando UNA delle opzioni per ciascuna area, in base alla priorità dell’intervento formativo. (***v. spiegazione in APPENDICE)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA IMPATTO** | **AREA VALORE** | **AREA INTENSITA’ E INNOVAZIONE** |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **INDIVIDUO** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **TEAM** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **ORGANIZZAZIONE** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **EFFICIENZA****EFFICACIA** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **QUALITA’ DEL SERVIZIO/SALUTE** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **ENGAGEMENT STAKEHOLDER** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **CULTURA ORGANIZZATIVA** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **MIGLIORATIVA** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  **STRATEGICA****Mirata o collegata a un cambiamento di processo del servizio** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |[ ]  ***DISRUPTIVE*****Cambiamento radicale ad alta complessità organizzativa** |

 |
| **DESCRIZIONE DELL’IMPATTO ATTESO *(campo aperto*):** |
| **INDICATORI di impatto**Per valutare l’impatto specificare almeno un indicatore in relazione all’obiettivo individuato. Esempi:\* Misurabile;\* Rilevabile non misurabile;\* Non definibile nei tempi |  |
| **TEMPI DI MONITORAGGIO** |  |
| **MODALITÀ(Come valuto e chi valuta)** |  |
| **VALORE INIZIALE** |  |
| **VALORE ATTESO** |  |

### 39. DEFINIZIONE DEI COSTI A CARICO DELL’ASUGI

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGIA DI COSTO** (docenza, sede, materiale didattico ecc.) | EURO |
| ***Docenza/e Esterna/e (come da Regolamento Aziendale – contattare il Provider)*** |  |
| ***Docenza/e Interna/e (solo per le ore di docenza effettuate fuori dall’orario di servizio: € 25,82/ora x n° docenti)*** |  |
| ***Sede***  |  |
| ***Agenzia Organizzativa (contattare il Provider)*** |  |
| ***Materiale Didattico*** |  |
|  |  |
| **COSTO TOTALE DEL PROGETTO:** |  |

### 40. FONTI DI FINANZIAMENTO DELL’ATTIVITÀ:

**Descrizione:** compilare la tabellina sottostante, e indicare approssimativamente le percentuali di intervento delle eventuali partecipazioni al costo totale (100%) dell’evento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quote di iscrizione** |  | % |
| **Sponsor non commerciali** (Enti no profit, associazioni di volontariato, le fondazioni e simili) |  | % |
| **Sponsor commerciali** (Soggetti non pubblici che forniscono finanziamenti o risorse al fornitore dell’evento) |  | % |
| **Committente pubblico** (Stato, Province, Comuni, Regione) |  | % |
| **Autofinanziamento** (l’Azienda stessa) |  | % |

### 41 PROPONENTE L’EVENTO FORMATIVO

**Nome, Cognome e Firma del Responsabile di Struttura e/o Direttore di Dipartimento che propone il progetto dell’evento formativo**

Nome e Cognome (in stampatello): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Spazio riservato al Provider ECM FVG ASUGI***

**APPROVAZIONE PROGETTO FORMATIVO**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  PROGETTO FORMATIVO APPROVATO, DA INSERIRE NEL PAF AZIENDALE DELL’ANNO: |  |
|  | TETTO DI SPESA AUTORIZZATO  |  |

|  |
| --- |
|[ ]  PROGETTO FORMATIVO NON APPROVATO (eventuali motivazioni): |
|  |

 **DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA e TIMBRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allegato 1: Obiettivi formativi**

Individuare **un solo obiettivo formativo**, scegliendo fra i tre raggruppamenti (TECNICO PROFESSIONALI – DI PROCESSO – DI SISTEMA). Si suggerisce di scegliere prioritariamente gli obiettivi strategici evidenziati in giallo e riportare il corrispondente numero nella scheda di proposta.

|  |  |
| --- | --- |
| N. OBIETTIVO | **OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI** |
| **10** | **EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI** |
| **18** | **CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE** |
| **19** | MEDICINE NON CONVENZIONALI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN RAGIONE DEGLI ESITI E DEGLI AMBITI DI COMPLEMENTARIETA |
| **20** | **TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE E/O STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONE 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** | **FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI** |
| **23** | SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE |
| **24** | SANITÀ VETERINARIA |
| **25** | **FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA** |
| **26** | SICUREZZA AMBIENTALE E/O PATOLOGIE CORRELATE |
| **27** | **SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE** |
| **28** | **IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO** |
| **29** | **INNOVAZIONE TECNOLOGICA: VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT** |
| **34** | **ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI. LA CULTURA DELLA QUALITÀ, PROCEDURE E CERTIFICAZIONI, 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: I 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 |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO** |
| **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** |
| **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** |
| **11** | **MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI** |
| **12** | **ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) 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 QUALITA'** |
| **15** | MULTICULTURALITA' E CULTURA DELL' ACCOGLIENZA. NELL' ATTIVITÀ SANITARIA |
| **30** | **EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO** |
| **32** | TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR 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 |
| **OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA** |
| **1** | **APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)** |
| **2** | **LINEE GUIDA - PROTOCOLLI – PROCEDURE** |
| **5** | **PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE** |
| **6** | **LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT** |
| **16** | **ETICA, BIOETICA E DEONTOLOGIA** |
| **17** | **ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA: I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN** |
| **31** | **EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA** |
| **33** | **TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA** |