|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Class. 1.04.13 |

**ID Provider R.L. 7139**

**Tipologia formativa:**

${checkBoxRES1} **Formazione residenziale classica (RES1)** - fino a 100 partecipanti – da 101 a 200 partecipanti

${checkBoxRES2} **Convegni, congressi, simposi e conferenze (RES2)** - oltre i 200 partecipanti

${checkBoxRES3} **Videoconferenza (RES3)**

${checkBoxBlended} **Formazione Blended** - specificare le diverse tipologie formative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ID evento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLO EVENTO: ${titolo}

**CALENDARIO DELL’EVENTO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Edizione n° 1 |  | Date: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Edizione n° […] |  | Date: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SEDE:** Struttura – Indirizzo – Cap – Località – Provincia – Aula

**INDIRIZZO COLLEGAMENTO DA REMOTO/STREAMING:**  Piattaforma Teams

**DESCRIZIONE EVENTO:**

${descrizione}

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

${obiettivi\_specifici}

**OBIETTIVI FORMATIVI** (selezionare quanto indicato nel Piano Formativo):

${checkBoxObTecnici} obiettivi formativi **tecnico – professionali** (10, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 35, 36, 37 e 38)

${checkBoxObProcesso} obiettivi formativi **di processo** (3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 30 e 32)

${checkBoxObSistema} obiettivi formativi **di sistema** (1, 2, 5, 6, 16, 17, 31 e 33)

**AREA DI RIFERIMENTO (OBIETTIVI ECM NAZIONALI):** **n**.${n\_obiettivo\_riferimento} **denominazione:** ${desc\_obiettivo\_riferimento}

**TEMATICA REGIONALE:** (indicare solo nel caso in cui l’evento rientri in una delle tematiche sotto elencate):

Nuova modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili

Sviluppo del SSL attraverso l'implementazione della telemedicina

Tutela della salute e sicurezza del lavoratore

Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico degenerative, dipendenze

Strumenti per la sanità digitale

Applicazione del Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera"

**TEMATICA NAZIONALE:** (indicare solo nel caso in cui l’evento rientri in una delle tematiche sotto elencate):

Fertilità (associabile obiettivo ECM n. 20)

Vaccini e strategie vaccinali (associabile obiettivo ECM n. 20)

Responsabilità professionale (associabile obiettivo ECM n. 6)

Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell’operatore sanitario (associabile obiettivo ECM n. 20 – 32 – 33)

Antimicrobico-resistenza (associabile obiettivo ECM n. 20 – 32 – 33)

Utilizzo della cannabis terapeutica nelle pratiche di gestione del dolore (associabile obiettivo ECM n. 21)

L’infezione da Coronavirus 2019 nCoV (associabile obiettivo ECM n. 20 – 32 – 33)

La medicina di genere (associabile obiettivo ECM n. 20 – 32 – 33)

**METODOLOGIA DIDATTICA** (prevalente):

Lezione / Discussione

Dimostrazione

Lavoro in piccolo gruppo

Analisi di casi

Role Playing

Journal club

L’evento è organizzato in collaborazione con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVENTO SPONSORIZZATO:** NO SÌ **SPONSOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ragione sociale)*

**DESTINATARI** (per singola edizione):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AZIENDA** | **SERVIZIO DI APPARTENENZA** | **CATEGORIA PROFESSIONALE** | **N. PARTECIPANTI** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| TOTALE partecipanti | | |  |

**E’ prevista una quota di iscrizione:** NO ${checkBoxQuotaNo} SÌ ${checkBoxQuotaSi} pari a Euro ${quotaIscrizione}

**RESPONSABILE SCIENTIFICO** (riportare lo stesso nominativo inserito nel Piano Formativo):

${resp\_scientifico\_cognome\_nome} – ATS della Città Metropolitana di Milano – qualifica

**DOCENTI/RELATORI:**

Cognome e Nome – Ente di appartenenza – qualifica

**TUTOR** (se previsto):

Cognome e Nome – Ente di appartenenza – qualifica

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

${segreteria\_cognome\_nome} – ATS della Città Metropolitana di Milano

${segreteria\_telefono} – Fax ufficio – ${segreteria\_mail}

www.ats-milano.it

PROGRAMMA:

Questionario conoscitivo di ingresso

Prima giornata: data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **CONTENUTI** | **DOCENTI/RELATORI** |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |
| […] |  |  |

Seconda giornata: data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **CONTENUTI** | **DOCENTI/RELATORI** |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |
| […] |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ | **Descrizione Modalità di Valutazione dell’Evento**  Test a scelta multipla (3 domande per ogni credito, a risposta quadrupla)  Questionario a risposta aperta  Colloquio  Valutazione con pratica  Produzione di un elaborato/progetto  Altro (specificare nel dettaglio, come previsto dal manuale di accreditamento R.L. ECM-CPD)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Valutazione non prevista (Convegni, Congressi, Simposi, Conferenze - oltre 200 partecipanti) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Valutazione ricadute organizzative  Specificare indicatore, modalità e tempi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | +Relazione conclusiva evento del Responsabile Scientifico  +Valutazione gradimento |

Durata totale in ore: ${obiettivi\_specifici}

(Dal conteggio dei crediti è escluso il tempo destinato a: registrazione dei partecipanti, saluti introduttivi, pause/intervalli e valutazione della qualità percepita)

**PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM:**

Soglia minima di partecipazione:

eventi formativi di durata uguale o inferiore a 6 ore: 100% delle ore totali previste dal programma

eventi formativi di durata superiori alle 6 ore: 80% delle ore totali previste dal programma

eventi formativi con vincoli legislativi di durata superiore alle 6 ore, come ad esempio la formazione del D. Lgs. n. 81/2008: 90% delle ore totali previste dal programma

Secondo le indicazioni contenute nel Decreto Direzione Generale Welfare n. 18429 del 23/12/2021, all’evento sono stati preassegnati **n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_crediti ECM**.

L’attestato ECM e di partecipazione sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno:

* raggiunto la soglia minima di partecipazione;
* compilato il questionario conoscitivo di ingresso (ove previsto);
* superato l’80% del questionario di apprendimento (obbligatorio per i corsi fino a 200 partecipanti);
* compilato e riconsegnato la valutazione di gradimento;
* inviato il modulo *A037-MD033 Fac-simile autocertificazione presenza evento formativo online* per gli eventi svolti in Teams (ove previsto).

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE ALL’EVENTO:** (Specificare modalità e tempi)

ON LINE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COSTI:**

Evento con oneri: NO ${checkBoxOneriNo} SÌ ${checkBoxOneriSi} pari a Euro ${costiEdizione} (per singola edizione)

Numero Deliberazione/Determinazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del Responsabile Scientifico**  (fase di riesame e verifica della progettazione)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(firma)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(luogo e data)* | **Firma del Responsabile CdR**  (fase di validazione della progettazione)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(firma)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(luogo e data)* |