|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\CStellini\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\IXTASWVV\ATS_Milano.jpg |  | Class. 1.04.13 |

**Codice Provider R.L. 7139**

|  |
| --- |
| **Tipologia formativa**  ${checkBoxFSC1} **Training individualizzato (FSC1)** - durata minima: 1 h  ${checkBoxFSC2} **Gruppi di miglioramento (FSC2)** – durata minima: 3 incontri, per un totale di almeno 6 h  ${checkBoxFSC3} **Attività di ricerca (FSC3)** - durata minima: 6 mesi  ${checkBoxBlended} **Formazione Blended** (specificare le diverse tipologie formative): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

TITOLO EVENTO: ${titolo}

**CALENDARIO DELL’EVENTO:**

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

**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:**

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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESTINATARI** (per singola edizione)**:**

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

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

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

Partecipazione di un docente/tutor esperto, esterno al gruppo di miglioramento, che validi l’elaborato del gruppo

TUTOR (figura obbligatoria):

Cognome e Nome – Ente di appartenenza – qualifica

DOCENTE/TUTOR ESPERTO ESTERNO AL GRUPPO (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** | **MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO** |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |

Seconda giornata: data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **CONTENUTI** | **MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO** |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |

Terza giornata: **data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **CONTENUTI** | **MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO** |
| Dalle \_\_\_alle \_\_\_ |  |  |

**N. INCONTRI** (per ciascuna edizione)**: \_\_\_**\_\_

**N. ORE per INCONTRO: \_\_\_\_**\_\_per un totale di ${n\_ore} ore

**MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELL’EVENTO:**

Test a scelta multipla (3 domande per ogni credito, a risposta quadrupla)

Questionario a risposta aperta

Colloquio

Produzione di un elaborato individuale

Valutazione con pratica

Rapporto conclusivo a cura del tutor/Responsabile Scientifico basato sulla redazione di un documento conclusivo (linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

Rapporto conclusivo a cura del tutor/Responsabile Scientifico basato sulla valutazione dell’apprendimento dei singoli partecipanti al lavoro del gruppo

+ Elaborazione di Relazioni intermedie (verbali)

+ Relazione conclusiva evento del Responsabile Scientifico

+ Valutazione gradimento

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM:

La soglia di partecipazione richiesta è del 100% delle ore totali previste dal programma per eventi formativi di durata uguale o inferiore a 6 ore; la soglia minima dell’80% è, invece, prevista per eventi formativi superiori alle 6 ore, fatta eccezione per l’attività di ricerca, che ha una durata minima di 6 mesi.

Secondo le indicazioni contenute nel Decreto Direzione Generale Welfare n. 19280 del 29/12/2022, 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;
* compilato e riconsegnato il questionario 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 DOCENTE/TUTOR ESPERTO ESTERNO:**

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)* |