|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Class. 1.4.13 |

**ID Provider R.L. 7139**

**Tipologia formativa:**

${checkBoxFAD1} **FAD sincrona (FAD1)**

${checkBoxFAD2} **E-Learning (FAD2)**

${checkBoxFAD3} **FAD con strumenti informatici/cartacei (FAD3)**

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

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

TITOLO EVENTO: ${titolo}

**Indirizzo telematico della piattaforma utilizzata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CALENDARIO DELL’EVENTO:**

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

**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

**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

AUTORE TESTI:

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

MACROSTRUTTURA DELL’EVENTO E INDICE DEGLI ARGOMENTI:

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

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

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

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

**DURATA:** Ore: ${obiettivi\_specifici}

**MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO:**

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

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

**DESCRIZIONE MODALITA’ DI VALUTAZIONE DELL’EVENTO:**

Questionario conoscitivo di ingresso

Test di apprendimento, composto da 3 quesiti a scelta quadrupla per ogni credito ECM riconosciuto

Valutazione gradimento

Relazione conclusiva evento del Responsabile Scientifico

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM:

La soglia di partecipazione richiesta è del 100% 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**.

Per il superamento del test finale è necessario fornire la risposta esatta ad almeno l'80% delle domande.

L’attestato ECM e di partecipazione sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno compilato il questionario conoscitivo di inizio corso ove previsto, superato il questionario di apprendimento, compilato e riconsegnato questionario di gradimento.

**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)* |