

GRIGLIA DI PRESENTAZIONE DEI PROGETTI FORMATIVI

Titolo del Corso	
Responsabile/i scientifico/i <i>(allegare breve CV completo di data e di firma utilizzando il modello contenente le informazioni minime richieste, raggiungibile al presente LINK)</i> NB: MAX 2 NOMINATIVI	
Data/e proposta/e	
Coordinatore/i <i>(a cura dell'Ordine tra i componenti del Comitato scientifico)</i>	
Vice Coordinatore <i>(a cura dell'Ordine tra i componenti del Comitato scientifico)</i>	
Relatore/i <i>(allegare elenco nominativi completo di affiliazioni, email e recapiti telefonici)</i>	

ARTICOLAZIONE PERCORSO FORMATIVO

N° GIORNATE		
ORARI		
MODULI E/O SESSIONI *		
<small>* Modulo: sessioni successive di uno stesso evento, predisposte in giornate diverse Sessione: parte dell'evento formativo compresa tra 2 pause all'interno di una stessa giornata</small>		
PROFESSIONE/I	MEDICO-CHIRURGO <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRA <input type="checkbox"/>
N° PARTECIPANTI <i>(individuati dall'Ordine dopo l'approvazione ed in relazione alla tipologia dell'evento e/o alla sede di svolgimento)</i>		
SEDE DI SVOLGIMENTO		

ULTERIORI ELEMENTI NECESSARI ACCREDITAMENTO

RAZIONALE	
METODOLOGIA DIDATTICA <i>(vedi allegato A)</i>	Indicare una o più metodologie di insegnamento tra quelle indicate
OBIETTIVO FORMATIVO Gli obiettivi formativi generali sono raggruppabili in tre aree: <ul style="list-style-type: none">• <i>obiettivi formativi tecnico-professionali</i> (nn. 10, 18, 19, 20, 21,22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34,35, 36,37e 38)• <i>obiettivi formativi di processo</i> (nn. 3, 4, 7, 8, 9, 112, 12, 13, 143, 15, 30, 32)• <i>obiettivi formativi di sistema</i> (nn. 1, 2, 5, 6, 16, 17, 31, 33)	Indicare un solo obiettivo formativo tra quelli elencati nel paragrafo 4.2 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM
COMPETENZE In base alla scelta dell'obiettivo effettuata, si dovrà procedere alla descrizione delle competenze per la relativa area	
ACQUISIZIONE COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI: <i>si tratta di competenze finalizzate allo sviluppo delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina</i>	
ACQUISIZIONE COMPETENZE DI PROCESSO: <i>si tratta di competenze finalizzate allo sviluppo delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Queste competenze si rivolgono ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione</i>	
ACQUISIZIONE COMPETENZE DI SISTEMA: <i>si tratta di competenze finalizzate allo sviluppo delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Queste competenze si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali</i>	
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI COSÌ ARTICOLATI: a) AUTORE; b) TITOLO; c) FONTE; d) ANNO di pubblicazione	
<i>Il numero dei riferimenti da indicare varia in base alla durata dell'evento:</i> <i>- 3 riferimenti per eventi da 1 a 10 ore;</i> <i>- 6 riferimenti per eventi da 11 a 20 ore;</i> <i>- 9 riferimenti per eventi da 21 a 30 ore;</i> <i>- 12 riferimenti per eventi oltre 30 ore</i>	

ULTERIORI ELEMENTI OPZIONALI

SUGGERIMENTO RICHIESTA PATROCINI

L'Ordine valuterà l'opportunità di richiedere il patrocinio gratuito ad eventuali associazioni scientifiche/enti segnalati dal proponente solo se attinenti alle tematiche del corso

SISTEMI DI VALUTAZIONE E VERIFICA APPRENDIMENTO DA PARETE DEI PARTECIPANTI

(DA FORNIRE DOPO L'APPROVAZIONE DEL CORSO)

PRE TEST	
CON QUESTIONARIO	
CON ESAME ORALE	
CON ESAME PRATICO	
CON PROVA SCRITTA	
AUTOCERTIFICAZIONE PARTECIPANTI	PREVISTA SOLO NEL CASO DI EVENTI FORMATIVI ORGANIZZATI PER PIU' DI 200 PARTECIPANTI

ALLEGATI DA PRODURRE UNITAMENTE ALLA GRIGLI COMPILATA:

- PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL CORSO (orari relazioni – titoli relazioni – relatori abbinati)
- CURRICUM VITAE COMPLETO DI DATA E DI FIRMA UTILIZZANDO IL MODELLO CONTENENTE LE INFORMAZIONI MINIME RICHIESTE, RAGGIUNGIBILE AL PRESENTE [LINK](#)
- ELENCO DEI DOCENTI (nominativi – affiliazione – email – recapiti telefonici)

IN ASSENZA DI TUTTO QUANTO IL MATERIALE ELENcato, IL CORSO NON POTRA' ESSERE SOTTOPOSTO ALL'ESAME DEL COMITATO DI VALUTAZIONE ECM

All. A - Metodologia didattica

1. LEZIONI MAGISTRALI
2. SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
3. TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
4. CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")

5. DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI
6. PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)
7. LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
8. ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
9. ROLE PLAYING

All. B - Dichiarazione conflitto interessi

Ai sensi dell'art. 76, comma 4, dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, i docenti, moderatori, relatori, formatori, tutor sono tenuti a sottoscrivere una dichiarazione avente ad oggetto l'esistenza di rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario, intrattenuti nei due anni precedenti all'evento, o l'insussistenza di tali rapporti.

La dichiarazione deve essere consegnata al provider, il quale provvede a conservarla e a renderla disponibile presso la sede legale per almeno 5 anni.

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
(Docente/Moderatore/Relatore/Formatore/Tutor)

Luogo e data di nascita _____

C.F. _____

Professione _____

Disciplina _____

Situazione Lavorativa _____ (Libero professionista/Dipendente/Convenzionato)

Ente di appartenenza/libera professione _____

Descrizione attività professionale/formativa _____

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

Dichiara

che negli ultimi due anni **HA AVUTO** i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

- _____
- _____
- _____

Data e firma _____

OPPURE

Dichiara

che negli ultimi due anni **NON HA AVUTO** rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario.

Data e firma _____