

## Scegliere la professione cui è rivolto l'evento

|                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Medico chirurgo  | <input type="checkbox"/> | Odontoiatra  |
| <input type="checkbox"/> | Farmacista   | <input type="checkbox"/> | Veterinario  |
| <input type="checkbox"/> | Psicologo  | <input type="checkbox"/> | Biologo  |
| <input type="checkbox"/> | Chimico  | <input type="checkbox"/> | Fisico   |
| <input type="checkbox"/> | Assistente sanitario   | <input type="checkbox"/> | Dietista   |
| <input type="checkbox"/> | Educatore professionale  | <input type="checkbox"/> | Fisioterapista   |
| <input type="checkbox"/> | Igienista dentale  | <input type="checkbox"/> | Infermiere   |
| <input type="checkbox"/> | Infermiere pediatrico  | <input type="checkbox"/> | Logopedista  |
| <input type="checkbox"/> | Ortottista/Assistente di oftalmologia                          | <input type="checkbox"/> | Ostetrica/o  |
| <input type="checkbox"/> | Podologo   | <input type="checkbox"/> | Tecnico audiometrista  |
| <input type="checkbox"/> | Tecnico audioprotesista  | <input type="checkbox"/> | Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare |
| <input type="checkbox"/> | Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | <input type="checkbox"/> | Tecnico educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale              |
| <input type="checkbox"/> | Tecnico di neurofisiopatologia                                 | <input type="checkbox"/> | Tecnico ortopedico   |
| <input type="checkbox"/> | Tecnico sanitario di radiologia medica                         | <input type="checkbox"/> | Tecnico sanitario laboratorio biomedico                                      |
| <input type="checkbox"/> | Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva      | <input type="checkbox"/> | Terapista occupazionale  |
| <input type="checkbox"/> | Odontotecnico  | <input type="checkbox"/> | Ottico   |
| <input type="checkbox"/> | Tutte le professioni   |                          |  |

## Scegliere la tipologia dell'evento formativo da inserire

 Attività formativa residenziale

**B) L'evento è organizzato in collaborazione con altro provider?**

Indicare il relativo numero di riferimento ECM

  
  

Sì  No

**1. Titolo dell'evento formativo**

**2. Luogo di svolgimento**

(In caso di evento che si svolge in Italia **indicare sede e indirizzo** in caso contrario indicare sede e città)

Italia

Regione

Provincia

Comune

Estero

Stato

**C) Dati della segreteria organizzativa:**

Cognome  Nome  Cellulare

Indirizzo

E-mail  Telefono  Fax

I dati inseriti nella presente form saranno visionabili nella Banca Dati Ecm per la partecipazione al corso

**3. Data di inizio**  (GG)  (MM)  (AAAA)

**Data di fine**  (GG)  (MM)  (AAAA)

**4. L'evento si svolge in più edizioni?** (Si ricorda che il contributo previsto ai sensi del D.M. 27 dicembre 2001 è dovuto per ciascuna delle edizioni dichiarate: ciò significa che l'importo è calcolato sulla base dei crediti ottenuti dall'evento e moltiplicato per il numero di edizioni previste. Ad esempio, per un evento che ottiene 10 crediti e per il quale sono previste 10 edizioni il contributo è pari a 2582,30 Euro, cioè 258,23 Euro - contributo dovuto per eventi che ottengono fino a 10 crediti - moltiplicato per 10, cioè per il numero di edizioni previste)

Sì  No

La parte con sfondo rosso è da compilare solamente per le edizioni successive alla prima

|  |  |                      |  |
|--|--|----------------------|--|
| Luogo di svolgimento   |  | <input type="text"/> |  |
| Italia  |  |                      | Estero  |
| Regione  | <input type="text" value="Seleziona"/> | Stato                | <input type="text" value="Seleziona"/>   |
| Provincia  | <input type="text" value="Seleziona"/> |                      |  |
| Comune   | <input type="text"/>                   |                      |  |

|                 |                      |      |                      |      |                      |        |
|-----------------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|--------|
| Data di inizio: | <input type="text"/> | (GG) | <input type="text"/> | (MM) | <input type="text"/> | (AAAA) |
| Data di fine:   | <input type="text"/> | (GG) | <input type="text"/> | (MM) | <input type="text"/> | (AAAA) |

Durata effettiva dell'attività formativa in ore

(nel caso di più edizioni, indicare la durata della singola edizione)

**Attenzione: la durata effettiva deve corrispondere al totale delle ore desumibili dal programma, che deve essere specificato tramite la compilazione dei campi sottostanti.**

Alcune note per la compilazione:

- per "sessione" (sfondo azzurro) si intende quella parte di corso che si tiene tra una sospensione e l'altra; quindi se il corso è di una giornata ed è prevista solo la pausa pranzo, le sessioni saranno due; viceversa se oltre alla pausa pranzo è previsto un coffee break p.e. alle 11.00 e uno alle 16.00 le sessioni saranno 4 (dall'inizio al primo coffee break, dal primo coffee break alla pausa pranzo, dalla pausa pranzo al secondo coffee break, dal secondo coffee break al termine dei lavori) e così via.
- la sessione può essere PLENARIA se vede la partecipazione di tutti i discenti, PARALLELA se invece i discenti vengono divisi in gruppi che affrontano temi diversi
- i DETTAGLI (sfondo verde) sono le lezioni o gli interventi che si tengono all'interno di ogni sessione; per ogni dettaglio deve essere individuata la modalità inserendola nel campo "tipo".
- le modalità tra cui scegliere sono le seguenti:
  - lezioni magistrali;
  - serie di relazioni su tema preordinato;
  - tavole rotonde con dibattito tra esperti
  - confronto/dibattito tra pubblico e esperto/i guidato da un conduttore
  - dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti
  - presentazione di problemi/casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)
  - lavoro a piccoli gruppi su problemi/casi clinici con produzione di una relazione finale
  - esecuzione diretta di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche
  - role playing
  - verifica con questionario
  - verifica con esame orale
  - verifica con esame pratico
  - verifica con esame orale
- il seguente schema prevede una sessione di due dettagli; comunque tramite il "copia e incolla" deve essere duplicato per adattarlo alla durata del corso di cui si richiede l'accreditamento

|   |                                       |              |                                |
|---|---------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Giornata __ (indicare il numero della giornata) |                                       | n. sessioni: | <input type="text" value="1"/> |
| Sessione 1<br>Titolo                            | <input type="text" value="Plenaria"/> | n. dettagli: | <input type="text" value="2"/> |

|                      |   |              |                      |
|----------------------|---|--------------|----------------------|
|                      |   |              |                      |
| <b>Orario</b>        | <input type="text"/> : <input type="text"/> - <input type="text"/> : <input type="text"/> | <b>Tipo:</b> | <input type="text"/> |
| <b>Titolo</b>        | <input type="text"/>  |              |                      |
| <b>Docente/Sost.</b> | <input type="text"/>  |              |                      |
| <b>Orario</b>        | <input type="text"/> : <input type="text"/> - <input type="text"/> : <input type="text"/> | <b>Tipo:</b> | <input type="text"/> |
| <b>Titolo</b>        | <input type="text"/>  |              |                      |
| <b>Docente/Sost.</b> | <input type="text"/>  |              |                      |

6. Quota individuale di partecipazione (in Euro)  (es. 100,00)

7. Numero massimo di partecipanti (nel caso di più edizioni, indicare il numero della singola edizione)

**Attenzione: di seguito va indicato il numero massimo di partecipanti per ogni professione; il totale deve essere uguale a quello indicato nella precedente domanda**

|                                       |                      |                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Medico chirurgo                       | <input type="text"/> | Odontoiatra           | <input type="text"/> |
| Farmacista                            | <input type="text"/> | Veterinario           | <input type="text"/> |
| Psicologo                             | <input type="text"/> | Biologo               | <input type="text"/> |
| Chimico                               | <input type="text"/> | Fisico                | <input type="text"/> |
| Assistente sanitario                  | <input type="text"/> | Dietista              | <input type="text"/> |
| Educatore professionale               | <input type="text"/> | Fisioterapista        | <input type="text"/> |
| Igienista dentale                     | <input type="text"/> | Infermiere            | <input type="text"/> |
| Infermiere pediatrico                 | <input type="text"/> | Logopedista           | <input type="text"/> |
| Ortottista/Assistente di oftalmologia | <input type="text"/> | Ostetrica/o           | <input type="text"/> |
| Podologo                              | <input type="text"/> | Tecnico audiometrista | <input type="text"/> |

|  |                      |  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|
| Tecnico audioprotesista  | <input type="text"/> | Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare | <input type="text"/> |
| Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | <input type="text"/> | Tecnico educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale              | <input type="text"/> |
| Tecnico di neurofisiopatologia                                 | <input type="text"/> | Tecnico ortopedico   | <input type="text"/> |
| Tecnico sanitario di radiologia medica                         | <input type="text"/> | Tecnico sanitario laboratorio biomedico                                      | <input type="text"/> |
| Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva      | <input type="text"/> | Terapista occupazionale  | <input type="text"/> |
| Odontotecnico  | <input type="text"/> | Ottico   | <input type="text"/> |
| Tutte le professioni   | <input type="text"/> | <b>TOTALE Partecipanti:</b>  |                      |
| Altri partecipanti esclusi dall'obbligo dei crediti:           | <input type="text"/> |  |                      |

**8. Provenienza presumibile dei partecipanti (in percentuale)**

locale  %

regionale  %

nazionale  %

internazionale  %

**9. Indicare l'area caratterizzante l'evento**

- Area specialistica
- Area interspecialistica

**10. Indicare le specifiche discipline, se previste, dell'area specialistica alle quali si riferisce in via prevalente l'evento formativo** (vale solo per medici e psicologi. Indicare l'eventuale specializzazione richiesta)

Disciplina principale di riferimento

Altre discipline

**11. Tipologia dell'evento**

- Congresso/Simposio/Conferenza/Seminario
- Tavola rotonda
- Conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici

Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata

Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione , disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionali

Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale)

struttura:

Corso di aggiornamento

Corso di addestramento

Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative

Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali e presso una struttura assistenziale o formativa

struttura:

### 13. Obiettivi dell'evento:

fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di:

fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di:

fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di:

### 14. Nome, qualifica e breve curriculum del/dei responsabile/i del programma formativo

A) Cognome

Nome

Qualifica

Competenze professionali

**B)** Cognome

Nome

Qualifica

Competenze professionali

**C)** Cognome

Nome

Qualifica

Competenze professionali

**15. Rilevanza dei docenti/relatori come desumibile dai brevi curricula riportati nel programma**

Rilevanza nazionale  %

Rilevanza internazionale  %

**16. E' previsto l'uso della sola lingua italiana?**

Sì  No

Se no, specificare la lingua:

**17. Se viene usata una lingua straniera, esiste un sistema di traduzione simultanea?**

Sì  No

**18. E' prevista la consegna di materiale didattico ai partecipanti?**

Sì  No

19. Se sì, specificare il tipo di materiale didattico

20. Viene verificata la presenza effettiva dei partecipanti alle sessioni?

(se no, non sarà possibile accreditare l'evento)

Sì  No

21. Se sì come?

- A) Firma di presenza
- B) Schede di valutazione dell'evento firmate dai partecipanti
- C) Sistema elettronico a badges

22. Viene verificato l'apprendimento da parte dei partecipanti?

Sì  No

23. Se sì con quali strumenti?

(Il file dello strumento di verifica può essere allegato ora o in seguito entro e non oltre 90 gg della data di inizio dell'evento con l'apposita funzione "Allegati"; se tale operazione non viene effettuata, l'evento non può essere validato e, quindi, assegnato in valutazione)

- A) Con questionario
- B) Con esame orale
- C) Con esame pratico
- D) Con prova scritta

24. Il proponente è disponibile a trasmettere alla Commissione una breve relazione sui risultati complessivi della verifica?

Sì  No

25. I partecipanti compilano una scheda di valutazione dell'evento formativo o di ogni singola sessione nelle quali si articola?

Sì  No

26. Se sì, il proponente è disponibile a trasmettere alla Commissione il modulo con i risultati delle valutazioni della qualità della formazione da parte dei partecipanti?

Sì  No

27. Il proponente è disponibile a trasmettere alla Commissione elenco e indirizzi dei partecipanti, nel rispetto delle norme sulla privacy? (se no, non sarà possibile accreditare l'evento)

Sì  No

28. Il proponente è disponibile ad ospitare un osservatore indicato dalla Commissione nazionale? (se no, non sarà possibile accreditare l'evento)

Sì  No

29. Fonti di finanziamento (in percentuale):

- A) Quote di iscrizione (in percentuale)  %



B) Sponsor non commerciali

% **Elenca**

C) Sponsor commerciali (mostra di apparecchiature, etc.)

% **Elenca**

D) Autofinanziamento

%

30. Le fonti di finanziamento possono configurare incompatibilità o conflitto di interessi?  
(se sì, non sarà possibile accreditare l'evento)

Sì  No

31. Specificare argomenti (3 parole chiave) per una puntuale classificazione dell'evento

Argomento 1

Argomento 2

Argomento 3

32. L'evento proposto è coerente con uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui all'articolo 16 ter comma 2 del D. L. 229/99?  
(se no, non sarà possibile accreditare l'evento)

Sì  No

Se sì, selezionare l'obiettivo d'interesse (solo uno):

#### Elenco obiettivi

1 - Gruppo 1 - Apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico

2 - Gruppo 1 - Bioetica in medicina

3 - Gruppo 1 - Consenso informato

4 - Gruppo 1 - Cultura gestionale

5 - Gruppo 1 - Educazione sanitaria

6 - Gruppo 1 - Etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale e alla privacy

7 - Gruppo 1 - Formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali

8 - Gruppo 1 - Formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità

9 - Gruppo 1 - Gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626

10 - Gruppo 1 - Implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale

11 - Gruppo 1 - Miglioramento degli stili di vita per la salute

12 - Gruppo 1 - Miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione

13 - Gruppo 1 - Organizzazione dipartimentale

14 - Gruppo 1 - Promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro

15 - Gruppo 1 - Promozione di una comunicazione corretta ed efficace

16 - Gruppo 1 - Qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari

17 - Gruppo 1 - Sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche

18 - Gruppo 1 - Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficienza e appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza

19 - Gruppo 1 - Tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli

20 - Gruppo 2 - Aggiornamento delle procedure e attività professionali per le professioni sanitarie non mediche

21 - Gruppo 2 - Aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica

22 - Gruppo 2 - Basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate

23 - Gruppo 2 - Clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti: patologie d'importazione

24 - Gruppo 2 - Controllo delle infezioni nosocomiali

25 - Gruppo 2 - Disturbo del comportamento alimentare e malattie metaboliche

26 - Gruppo 2 - Farmacoepidemiologia, farmaco-economia e farmacovigilanza

27 - Gruppo 2 - Formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici

28 - Gruppo 2 - Formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

29 - Gruppo 2 - Formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta

30 - Gruppo 2 - Implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati

31 - Gruppo 2 - Innovazione tecnologica e implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta

32 - Gruppo 2 - Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramenti dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici

33 - Gruppo 2 - Interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze

34 - Gruppo 2 - Miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche

35 - Gruppo 2 - Ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel SSN

36 - Gruppo 2 - Percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata

37 - Gruppo 2 - Percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della medicina generale

38 - Gruppo 2 - Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odontostomatologiche e maxillo facciali

39 - Gruppo 2 - Progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta

40 - Gruppo 2 - Promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo

41 - Gruppo 2 - Sicurezza degli alimenti

42 - Gruppo 2 - Sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale e all'igiene degli alimenti di origine animale

43 - Gruppo 2 - Telemedicina

44 - Gruppo 2 - Tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali

45 - Gruppo 2 - Utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici

46 - Gruppo 2 - Valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali

Indicare dettagliatamente le motivazioni in base alle quali si ritiene che l'evento rientri nell'obiettivo nazionale o regionale precedentemente selezionato e sia di interesse specifico della categoria professionale (area o disciplina) per la quale è stato proposto.

33. Si autorizza la pubblicazione dei dati dell'evento, compreso il programma, nella Banca dati di ECM?  
(se no, non sarà possibile accreditare l'evento)

Sì  No