



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI CATANZARO**

U.O. Formazione e Qualità

Resp.le Dr.ssa Clementina FITTANTE
e.mail: clementinafittante@tiscali.it
tel. 0968/208743 – 0968 461475-0968/208757

Allegato n.2

FORMAZIONE SUL CAMPO

**PROPOSTA PROGETTO FORMATIVO DI AREA TECNICO-PROFESSIONALE DA
EFFETTUARE ALL'INTERNO DI UNA O PIÙ UU.OO. (CON CREDITI ECM)**

(Ove esistente presentare delibera di approvazione)

- **Il progetto è accreditabile con un minimo di 4 incontri non superiori a 6 ore a tempo pieno**
- **Il numero massimo di partecipanti per edizione è 20**
- **Presenza ad almeno l'80% delle riunioni**
- **Presenza documentata delle riunioni/ attività sotto la responsabilità del Provider**
- **E' necessaria la presenza per ogni gruppo di lavoro di un formatore/tutor**
- **Ogni singola iniziativa non può superare i 30 crediti**

■ **Titolo :**

■ **Abstract:**

■ **Contenuti:**

■ **Periodo di svolgimento:**

■ **Anno del Piano Formativo:**

■ **1. Obiettivi di apprendimento:**

1. A – acquisizione di competenze

- **Tecniche**
- **Professionali**
- **Organizzative**
- **Comportamentali**
- **Altro**

1. B – Livello di acquisizione

- **Base**
- **Retraining**
- **Sviluppo o miglioramento**
- **Alta complessità o Eccellenza**

■ **2. Setting di apprendimento:**

2. A – Contesto di attività

- **Operativo (Es. Ospedaliero, Territoriale, ect)**
- **Extra- operativo (Es. Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di ricerca)**

2. B – Livello di attività

- **Individuale**
- **Di gruppo**
- **Entrambi precedenti**

■ **3. Attività:**

3.A – Tipologia

- **Osservativa**
- **Esercitativa**
- **Esecutiva – operativa**
- **Elaborativa, di studio o di ricerca**
- **Altro**

3.B – Tempo dedicato a ciascuna attività

- **Ore (eventuali orari)**
- **Giornate**
- **Settimane**
- **Mesi**

3.C – Data di inizio e termine del progetto

■ **4. Livello di responsabilità organizzativa (responsabile scientifico/ di progetto/ tutor)**

4. A – Responsabile scientifico e/o di progetto

4. B – Rapporto tutor – discendente preferenzialmente 1:1; 1:2 e comunque non oltre 1:3

4.C – Verifica e valutazione da parte del Responsabile scientifico / Responsabile di progetto/Tutor

- In itinere
- Post doc
- Entrambe le precedenti

■ **5. – Integrazione con altre metodologie formative**

5. A – Tipologia

- Residenziale
- A distanza
- Autoformazione

5. B – Tempo impegnato da altre tipologie formative

- Ore (eventuali moduli orari)
- Giornate

■ **6. – Sistemi di valutazione delle attività**

6. A – Soggetto di valutatore

- Autovalutazione
- Valutazione tra pari
- Valutazione da parte del Tutor (vedi indicatore 4. C)
- Valutazione da parte del responsabile progetto/ scientifico

6. B – Oggetto della valutazione (in relazione all'obiettivo di apprendimento)

- Competenza, capacità, abilità acquisita
- Risultato operativo: report, relazione, studio etc.

6. C – Metodi e strumenti di valutazione

■ **Rapporto conclusivo del progetto ad opera del responsabile scientifico o del responsabile di progetto o del tutor**

Responsabile Scientifico:

- Curriculum firmato per esteso in formato europeo.
- Cognome e Nome, Data e luogo di nascita, Codice Fiscale

Responsabile organizzativo:

- Cognome e nome

■ **Qualifiche operatori coinvolti:**

■ **Numero Operatori per qualifica:**

Metodologia:

- Lezioni preordinate
- Lavori di gruppo

■ **Docenti coinvolti con indicazione di data , luogo di nascita e codice fiscale:**

■ **Curriculum breve dei docenti:**

Verifica Apprendimento partecipanti:

- Con questionario
- Con esame orale
- Con esame pratico
- Con prova scritta
- Relazione firmata dal responsabile e dal provider

Risultato operativo

- Report attività
- Relazione su progetto
- Studio