



**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Palermo**

**Proposta progetto formativo Attività Formative Anno \_\_\_\_**

**Alla c.a. Presidente OPI Palermo  
Dott. A. Amato  
Comitato Tecnico Scientifico**

**Oggetto:** Trasmissione progetto formativo anno \_\_\_\_\_

**Soggetto Proponente:**

Il/La Sottoscritta/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ di  
nascita \_\_\_\_\_

Azienda sanitaria di riferimento \_\_\_\_\_

Libero Professionista Si No

Qualifica \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**La valutazione della seguente proposta formativa**

**Titolo del progetto formativo proposto:** specificare il titolo

---

**Identificazione del problema:** ogni percorso formativo nasce come strumento di *problem solving* per problemi o carenze specifiche, ovvero per supportare percorsi di sviluppo e di miglioramento della professione. Ovviamente il problema che sta alla base del progetto proposto, o del percorso di sviluppo ipotizzato, deve essere affrontabile con la formazione e deve essere chiaramente identificato.

---



---

**Trattasi di un problema della sua realtà lavorativa?**      SI      NO

**Descrivere se trattasi di un problema condiviso a livello:**

Locale              Regionale              Nazionale              Internazionale

**Obiettivo generale:** indicare quale obiettivo di apprendimento si intende raggiungere con il percorso formativo proposto

**Obiettivi specifici:**

**A Livello Professionale**

---

**A Livello Organizzativo**

---

**Are formative di riferimento di interesse professionale**

- Area dell'assistenza clinica (es. accessi vascolari, *wound care*, gestione stomie . . .);
- Area della ricerca [es. implementazione dei principi e delle procedure dell'*evidencebasedpractice*(EBM - EBN - EBP), lettura e stesura di protocolli, linee guida, ricerca bibliografica, ricerca sperimentale];
- Area della sorveglianza epidemiologica e controllo delle infezioni, Infezioni correlate all'assistenza;
- Area del coordinamento, del management e della clinical governance;
- Area dell'infermieristica legale e forense e responsabilità professionale;
- Area dell'infermieristica di famiglia e comunità, di prossimità;
- Area comunicazione, umanizzazione e ascolto;
- Area del case management;
- Area del rischio clinico e risk management;
- Area deontologico-etica;
- Area formativo-pedagogica (tutoraggio, università, orientamento accademico).

**Target:** specificare le professioni alle quali si riferisce l'evento formativo e il numero previsto per singola edizione

Infermiere	N. _____
Infermiere pediatrico	N. _____
Altro personale	N. _____

**Tipologia Evento** (sceglierne uno)

- congresso/simposio/conferenza/seminario
- tavola rotonda
- consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statistiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata
- corso di aggiornamento tecnologico e strumentale
- corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
- corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionali e di ricerca
- corso di aggiornamento

**Tipologia Formativa prevista:**

- In presenza
- On line sincrona
- On line asincrona
- Mista

**Eventuale materiale didattico fornito dai relatori:** \_\_\_\_\_

**In caso di corso in presenza, l'individuazione dell'aula o sede ospitante ed eventuali spese saranno a carico di?**

- Soggetto proponente: specificare aula/sede \_\_\_\_\_
- Altro soggetto: specificare (università, sponsor ecc) \_\_\_\_\_

**Numero di edizioni:** specificare se il progetto formativo proposto verrà effettuato in una sola edizione o dovrà essere ripetuto in più edizioni e indicare il numero di edizioni eventualmente previste nell'anno in corso:

- Una sola edizione
- Più edizioni: specificare il numero di edizioni previste \_\_\_\_\_

**Durata in ore:** specificare numero di ore complessive per evento \_\_\_\_\_

**Il Responsabile scientifico è un soggetto:**

- Iscritto OPI
- Non Iscritto OPI

**Il Responsabile Scientifico ha esperienze pregresse come (più opzioni):**

- Relatore eventi accreditati ECM
- Relatore eventi formativi non accreditati
- Docenze universitarie
- Docenze percorsi formativi professionali (Corsi OSA, OSS . . .)
- Istruttore (BLSD/ACLS/PALS/PTC...)
- Nessuna esperienza pregressa documentabile da CV

**ELENCO RELATORI/DOCENTI**

**Iscritti OPI**

---

---

---

**Non iscritti OPI**

---

---

---

**Allegare programma del corso**

**Allegare CV del responsabile scientifico datato e firmato**

**Allegare CV Breve dei relatori datato e firmato**

**Nome e Cognome del Responsabile Scientifico**

---

**Firma del Responsabile Scientifico**