

Corso triennale di formazione specifica in medicina generale

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE

Febbraio 2020



AFSSL ACCADEMIA
DI FORMAZIONE PER IL SERVIZIO
SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Modulistica:

1. Ambito tirocinio ospedaliero	5
2. Ambito tirocinio ambulatoriale.....	9
3. Ambito seminari teorici.....	13
4. Altra modulistica	16
Allegato 1) - Check list di periodo formativo	32

1. Ambito tirocinio ospedaliero

<i>NOME DELLA SCHEDA</i>	<i>A CURA DI</i>	<i>QUANDO</i>	<i>FIRME</i>	<i>TRASMESSA A</i>	<i>CONSERVAZIONE</i>
Check list tirocinio di periodo formativo¹ (Mod.Osp_1)	Tutor clinico ospedaliero	All'avvio del periodo dell'Area specialistica, nell'ambito di un periodo formativo	- Tutor clinico ospedaliero - Referente Ospedaliero	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)
Scheda di valutazione personale del tirocinante (Mod.Osp_2)	Tutor clinico ospedaliero	Al termine dell'Area specialistica	- Tutor clinico ospedaliero	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)
Scheda di valutazione del periodo formativo (Mod.Osp_3)	Referente ospedaliero	Al termine del periodo formativo, necessaria ai fini dell'idoneità per gli esami finali	- Referente ospedaliero - Coordinatore MMG / Referente MMG - Direttore ATS – Polo formativo	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)

¹ Le check list complete sono nell'Allegato 1).

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO - (Format)

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica

(es. Medicina clinica - cardiologia)

Codice: _____ (come da guida; esempio: P.1.2)

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- dolore toracico, cardiopatia ischemica
- ipertensione arteriosa e rischio cardiovascolare
- il paziente aritmico e con palpitazioni
- insufficienza cardiaca acuta e cronica, edema polmonare/embolia polmonare
- riscontro di soffio o rumore anomalo cardiaco nel bambino e nell'adulto
- sincope/arresto cardiaco
- il paziente in terapia anticoagulante
- riabilitazione nel paziente cardiopatico
- valutazione dell'idoneità allo sport

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale dell'apparato cardio-vascolare
- rianimazione cardiorespiratoria (corso teorico-pratico di BLS e BLSD)
- elettrocardiografia (esecuzione e lettura del tracciato ECGrafico)
- Ecocolordoppler arterioso e venoso (esecuzione ed interpretazione dell'esame)
- monitoraggio dinamico pressorio (esecuzione e interpretazione dell'esame)

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE PERSONALE DEL TIROCINANTE

Mod.Osp_2

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo _____

Settimane dal _____ al _____

CAMPI DI OSSERVAZIONE	PUNTEGGI				
	1	2	3	4	5
Motivazione puntualità, assenze, interesse, partecipazione	1	2	3	4	5
Conoscenze possesso di elementi teorici specifici dell'area	1	2	3	4	5
Competenze acquisizione di elementi riferiti alla pratica della Medicina Generale	1	2	3	4	5
Abilità acquisizione di capacità pratiche e operative	1	2	3	4	5
Comportamenti modalità e aspetti relazionali nei confronti dei pazienti, colleghi, altri operatori sanitari	1	2	3	4	5

Legenda: 1 = insufficiente; 2 = scarso; 3 = sufficiente; 4 = buono; 5 = ottimo.

GIUDIZIO COMPLESSIVO E OSSERVAZIONI

Data _____

Firma del Tutor _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PERIODO FORMATIVO

Mod.Osp_3

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo

(es. Medicina clinica)

A seguito delle singole valutazioni effettuate dai tutor nel periodo formativo sopra indicato
il tirocinante

(Cognome e Nome del tirocinante)

VIENE VALUTATO

<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO
---------------------------------	-------------------------------------

Il Referente Ospedaliero

Firma

.....

**Referente MMG di Punto erogativo /
Coordinatore MMG di Polo formativo**

Firma

.....

.....

Il Direttore di ATS – Polo formativo

Firma

.....

2. Ambito tirocinio ambulatoriale

<i>NOME DELLA SCHEDA</i>	<i>A CURA DI</i>	<i>QUANDO</i>	<i>FIRME</i>	<i>TRASMESSA A</i>	<i>CONSERVAZIONE</i>
<i>Scheda di programmazione del tirocinio ambulatoriale</i> (Mod.Amb_1)	Tutor MMG	All'inizio del periodo di tirocinio	- Tutor MMG - Coordinatore MMG - Direttore ATS – Polo formativo	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)
<i>Scheda di verifica intermedia degli obiettivi</i> (Mod.Amb_2)	Tutor MMG	A 3 mesi dall'avvio del tirocinio	- Tutor MMG - Coordinatore MMG - Direttore ATS – Polo formativo	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)
<i>Scheda di valutazione finale del tirocinio ambulatoriale</i> (Mod.Amb_3)	Tutor MMG	Al termine del tirocinio	- Tutor MMG - Coordinatore MMG - Direttore ATS – Polo formativo	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE DEL TIROCINIO AMBULATORIALE

Mod.Amb_1

Polo formativo:

Nominativo del/della tutor:

Nominativo del/della tirocinante:

Programmazione attività (compilare in formato elettronico aperto: *.doc, *.odt, ecc.)

Obiettivo generale del periodo formativo:

Metodologia:

Indicazione relativa alla programmazione del monte-ore (previsione):

Attività del periodo formativo Ambulatorio (nota 1)	ore
P.8.1.1 Attività ambulatoriale	
P.8.1.2 Visite domiciliari	
P.8.1.3 Assistenza domiciliare programmata	
P.8.1.4 Rapporto con strutture ospedaliere (visite a pazienti in ospedale, consultazioni / confronto con colleghi specialisti, ecc.)	
P.8.1.5 Confronto e analisi di casi ed esperienze	
P.8.1.6 Altro	
	Sub-totale= 495
P.8.2 Tirocinio dedicato al rapporto tra MG e servizi e ambulatori territoriali per l'infanzia	110
	Sub-totale= 110
	Totale 605

Data _____

Firma del Tutor _____

Data _____

Firma del Coordinatore MMG _____

Data _____

Firma del Direttore ATS – Polo formativo _____

VERIFICA INTERMEDIA DEGLI OBIETTIVI – TIROCINIO AMBULATORIALE

Polo formativo: _____

Nominativo del/della tutor: _____

Nominativo del/della tirocinante: _____

Periodo formativo dalal

Dettaglio degli argomenti trattati

Data _____

Firma del Tutor _____

Data _____

Firma del Coordinatore MMG _____

Data _____

Firma del Direttore ATS – Polo formativo _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE FINALE – TIROCINIO AMBULATORIALE

Polo formativo: _____

Nominativo del/della tutor: _____

Nominativo del/della tirocinante: _____

Periodo: dal _____ al _____

DETTAGLIO DEGLI ARGOMENTI TRATTATI:

GIUDIZIO SUL TIROCINANTE:

Giudizio finale

<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO
---------------------------------	-------------------------------------

Data _____

Firma del Tutor _____

Data _____

Firma del Coordinatore MMG _____

Data _____

Firma del Direttore ATS – Polo formativo _____

3. Ambito seminari teorici

<i>NOME DELLA SCHEDA</i>	<i>A CURA DI</i>	<i>QUANDO</i>	<i>FIRME</i>	<i>TRASMESSA A</i>	<i>CONSERVAZIONE</i>
Scheda delle attività teoriche (Mod.Sem_1)	Docente	Al termine dell'attività svolta	- Docente - Coordinatore MMG	Polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)
Customer satisfaction (Mod.Sem_2)	Tirocinante	Al termine del seminario	- Anonima	Polo formativo (effettua la tabulazione e trasmette gli esiti ad Accademia)	Fascicolo individuale (ATS)

(Mod.Sem_1)

SCHEDA DELLE ATTIVITA' TEORICHE

Polo formativo: _____

Triennio _____

Nominativo Docente _____

Tipologia di attività teorica:

- SEMINARIO
- SESSIONE DI CONFRONTO
- SESSIONE DI RICERCA

Titolo del Seminario (NB: SPECIFICARE CODICE DA GUIDA)

Data di svolgimento:

Data _____

Firma del Docente _____

Data _____

Firma del Coordinatore MMG _____

SCHEDA DI CUSTOMER ANONIMA PER ATTIVITA' SEMINARIALE

L'analisi delle informazioni raccolte attraverso questa scheda è parte fondamentale nel processo di rinnovamento e miglioramento delle attività formative e dei servizi offerti dal Polo Formativo. Polis-Lombardia si impegna a farne uso esclusivamente interno e quindi a trattare le informazioni con riservatezza e confidenzialità. Per consentire alle informazioni prodotte di assumere maggiore rilevanza e significatività la preghiamo di utilizzare l'intera scala di valutazione proposta nonché di esprimere i suoi eventuali commenti.

Polo formativo	
Titolo del seminario (Codice)	
Docente	
Data	

	Bassa Soddisfazione			Media Soddisfazione			Alta Soddisfazione		
Padronanza del tema	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Chiarezza espositiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Impegno	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Interazione con l'aula	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pertinenza con gli obiettivi didattici	1	2	3	4	5	6	7	8	9

OSSERVAZIONI

Data _____

4. Altra modulistica

<i>NOME DELLA SCHEDA</i>	<i>A CURA DI</i>	<i>QUANDO</i>	<i>FIRME</i>	<i>TRASMESSA A</i>	<i>CONSERVAZIONE</i>
Registro attività pratiche (Mod. Reg_1)*	Tirocinante*	Nel corso di ogni periodo formativo	- Coordinatore didattico MMG - Direttore ATS – Polo formativo	- Segreteria di punto erogativo	Fascicolo individuale (ATS)
<p>* Il tirocinante è tenuto alla consegna del registro presenze alla segreteria del punto erogativo (ASST) entro e non oltre 15 giorni dal termine del periodo formativo frequentato. In caso di inadempienza, il polo formativo (ATS) invierà al tirocinante una comunicazione di ammonimento. Dopo una settimana da tale comunicazione, in caso di mancata consegna dei registri, viene dichiarata decaduta l' idoneità e la direzione dispone la ripetizione del periodo di tirocinio con relativa sospensione della borsa.</p>					
Registro attività teoriche (Mod. Reg_2)*	Tirocinante	Ad ogni attività teorica	- Coordinatore didattico MMG - Direttore ATS – Polo formativo	- Segreteria di punto erogativo/polo formativo	Fascicolo individuale (ATS)
Richiesta autorizzazione ad attività esterne (Mod. Rich_1)	Tirocinante	Richiesta preventiva	- Tirocinante	- Coordinatore MMG	Fascicolo individuale (ATS)
Autorizzazione ad attività esterne (Mod. Aut_1)	Coordinatore didattico MMG di polo	In seguito a richiesta del tirocinante o qualora sia individuata una iniziativa esterna	- Coordinatore didattico MMG	- Coordinatore didattico del corso - Comitato didattico	Fascicolo individuale (ATS)
Autorizzazione a variazioni sul programma didattico (Mod. Aut_2)	Coordinatore didattico MMG	Richiesta preventiva	- Coordinatore didattico MMG	- Coordinatore didattico del corso - Comitato didattico	Fascicolo individuale (ATS)

<p>Relazione trimestrale sull'andamento del percorso formativo (Mod.Rel.Trim_1)</p>	<p>Coordinatore didattico MMG di polo</p>	<p>Trimestrale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore didattico MMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Polis-Lombardia Accademia - Coordinatore didattico del corso - Direttore ATS – Polo formativo 	<p>Polis-Lombardia</p>
<p>Scheda di valutazione qualitativa dei tirocinanti (Mod.Val_1)</p>	<p>Coordinatore didattico MMG di polo</p>	<p>Alla fine del corso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore didattico MMG - Direttore ATS – Polo formativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Polis-Lombardia Accademia - Coordinatore didattico del corso 	<p>Polis-Lombardia Accademia</p>
<p>Scheda di programmazione didattica delle attività pratiche (Mod.Progr.did_1)</p>	<p>Coordinatore didattico MMG di polo</p>	<p>Ogni trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore didattico MMG di Polo - Direttore ATS – Polo formativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Polis-Lombardia Accademia - Coordinatore didattico del corso 	<p>Polis-Lombardia Accademia</p>
<p>Scheda di programmazione didattica delle attività teoriche (Mod.Progr.did_2)</p>	<p>Coordinatore didattico MMG di polo</p>	<p>Ogni trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore didattico MMG di Polo - Direttore ATS – Polo formativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Polis-Lombardia Accademia - Coordinatore didattico del corso 	<p>Polis-Lombardia Accademia</p>

REGISTRO ATTIVITA' PRATICHE

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE (Mod. Reg_1)

Polo formativo:

Punto erogativo:

Triennio:

Mese:

Anno:

Cognome e nome del Medico tirocinante:

GG	Periodo Formativo ²	Denominazione Struttura socio-sanitaria	Cognome e nome del Tutore (a cura del Medico tirocinante)	Firma del Tutore	MATTINA		POMERIGGIO		TOTALE
					dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

(1) ² Si prega di riportare nella colonna il numero che connota il periodo formativo in corso di frequenza. **Legenda Periodi formativi:** Si prega di riportare nella colonna il numero che connota il periodo formativo in corso di frequenza. **Legenda Periodi formativi:** 1= Medicina clinica, 2= Dipartimento di urgenza, 3= Chirurgia generale, 4= Dipartimento materno-infantile, 5= Ostetricia e Ginecologia, 6 (1) = Strutture di base (Medicina territoriale), 6 (2) = Strutture di base (Medicina territoriale), 7 = Ambulatorio di Medicina generale MMG 1; 7 (2) = Ambulatorio di Medicina generale MMG 2

Cognome e nome del Medico tirocinante:

GG	Periodo Formativo ²	Denominazione Struttura socio-sanitaria	Cognome e nome del Tutore (a cura del Medico tirocinante)	Firma del Tutore	MATTINA		POMERIGGIO		TOTALE
					dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
					TOTALE				
					FIRMA DEL COORDINATORE DIDATTICO MMG				
					FIRMA DEL DIRETTORE DI ATS – POLO FORMATIVO				

REGISTRO ATTIVITA' TEORICA

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE (Mod. Reg_2)

Polo formativo: _____

Punto erogativo: _____

Triennio: _____

Mese: _____

Anno: _____

Cognome e nome del Medico tirocinante:										
GG	Periodo Formativo ³	Titolo del seminario oppure argomento delle sessioni di confronto e ricerca	Cognome e nome del Docente	Studio guidato (argomento)	Firma del Tutore	MATTINA		POMERIGGIO		TOTALE
						dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										

(2) ³ Si prega di riportare nella colonna il numero che connota il periodo formativo in corso di frequenza. **Legenda Periodi formativi:** Si prega di riportare nella colonna il numero che connota il periodo formativo in corso di frequenza. **Legenda Periodi formativi:** 1= Medicina clinica, 2= Dipartimento di urgenza, 3= Chirurgia generale, 4= Dipartimento materno-infantile, 5= Ostetricia e Ginecologia, 6 (1) = Strutture di base (Medicina territoriale), 6 (2) = Strutture di base (Medicina territoriale), 7 = Ambulatorio di Medicina generale MMG 1; 7 (2) = Ambulatorio di Medicina generale MMG 2

Cognome e nome del Medico tirocinante:										
GG	Periodo Formativo ³	Titolo del seminario oppure argomento delle sessioni di confronto e ricerca	Cognome e nome del Docente	Studio guidato (argomento)	Firma del Tutore	MATTINA		POMERIGGIO		TOTALE
						dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
						TOTALE				
						FIRMA DEL COORDINATORE DIDATTICO MMG				
						FIRMA DEL DIRETTORE DI ATS – POLO FORMATIVO				

Richiesta di autorizzazione ad attività formative esterne

(Mod.Rich_1)

Polo formativo _____

Il sottoscritto _____ (nome e cognome del tirocinante)

CHIEDE

di partecipare all'attività didattica teorico/seminariale extra sede
_____ (titolo/nome dell'attività) che si svolgerà nel/nei giorno/i
_____ presso _____ (indicare il luogo) durante gli orari _____
(specificare).

Specificare le motivazioni della richiesta:

Data _____

Firma Tirocinante _____

Autorizzazione ad attività formative esterne

(Mod.Aut_1)

Polo formativo _____

Vista la richiesta di autorizzazione del tirocinante _____ del _____ (data)
relativa all'attività didattica teorico/seminariale extra sede
_____ (titolo/nome dell'attività)

Considerata l'attività didattica teorico/seminariale extra sede che si svolgerà nel/nei giorno/i _____
presso _____ (indicare il luogo) durante gli orari _____ (specificare).

AUTORIZZA

Il/I tirocinante/i (specificare nome e cognome)

la partecipazione all'attività didattica teorico/seminariale extra sede

Specificare le motivazioni, in considerazione della pertinenza e della coerenza con gli obiettivi formativi e
didattici del corso

Data _____

Firma Coordinatore didattico MMG _____

Autorizzazione di variazione del programma didattico

(Mod.Aut_2)

Polo formativo _____

Il coordinatore MMG _____,

considerato che (Indicare le motivazioni della variazione, chi impatta - nome/i dei tirocinanti e/o classe) e come incide sul programma didattico

Data _____

Firma Coordinatore MMG _____

(Mod.Aut_3)

Relazione trimestrale sull'andamento del percorso formativo

(Relazione da inviare per email trimestralmente al Coordinatore didattico del corso e a Polis-Lombardia).

1. Sintesi sugli aspetti organizzativi e sull'andamento generale del corso MMG:

In questo paragrafo inserire solamente informazioni di natura organizzativa (N. tirocinanti presenti nel polo formativo; Punti erogativi attualmente attivi; N. tirocinanti per punto erogativo; informazioni generali sulle caratteristiche/modalità organizzative del corso)

2. Analisi sintetica sull'attività didattica teorica:

- Luogo principale in cui si sono svolti i seminari
- Tipologia di docente coinvolto (Ospedaliero/MMG/altro)
- N° seminari organizzati

Indicare:

Tre punti di forza/ elementi positivi da evidenziare

-
-
-

Tre criticità / problematiche e azioni correttive messe in atto

-
-
-

3. Analisi sintetica sull'attività pratica:

- sintesi dell'andamento dei tirocini ospedalieri e/o ambulatoriali, specificando l'adesione ai contenuti e agli obiettivi della programmazione formativa;
- segnalazione di eventuali criticità

Indicare:

Tre punti di forza/ elementi positivi da evidenziare
-
-
-

Tre criticità / problematiche e azioni correttive messe in atto
-
-
-

Data _____

Firma Coordinatore MMG _____

Scheda di valutazione qualitativa dei tirocinanti

(Mod.Val_1)

Polo formativo _____

Medici iscritti alle prove finali – Triennio _____ e recuperi Sessione ordinaria: _____

Coordinatore MMG di Polo formativo

Unitamente alle idoneità acquisite per ciascun periodo formativo del Corso, il Coordinatore didattico MMG esprime una valutazione qualitativa sintetica per ciascun Medico.

Essa è costituita dalla valutazione del grado di adeguatezza raggiunto dal discente durante il percorso formativo nelle aree comportamentale e didattica.

Nell'area comportamentale la valutazione riguarda il grado di adeguatezza di comportamenti, lo sviluppo di capacità relazionali e organizzative e comprende (a titolo esemplificativo): frequenza al corso: puntualità, rispetto delle regole, motivazione, interesse, grado di partecipazione, capacità comunicative e di relazione e capacità organizzative, p. es. flessibilità, lavoro in team, ecc.

Nell'area didattica la valutazione riguarda l'acquisizione di competenze cliniche e organizzative e il grado di adeguatezza delle conoscenze, competenze e abilità raggiunte, comprendendo (a titolo esemplificativo) gli elementi di: raggiungimento degli obiettivi del Corso, miglioramento delle competenze iniziali, adeguatezza delle conoscenze e competenze acquisite nell'area clinica, nell'area organizzativa e degli atteggiamenti e dell'identità di ruolo come MMG.

La scala di valutazione è costituita da 5 item: **A= ottimo; B= distinto; C= buono; D=sufficiente; E= non sufficiente**

n.	Cognome	Nome	Capacità relazionali (con pazienti)	Capacità relazionali (con i tutor e le figure coinvolte nell'organizzazione del corso)	Puntualità	Livello di interesse / Interazione dimostrata durante il corso	Valutazione complessiva	Eventuali commenti
1.								
2.								
3.								
4.								

Data _____

Firma Coordinatore MMG di Polo formativo _____

Data _____

Firma Direttore ATS – Polo formativo _____

 <p>Polis Lombardia</p> <p>AFSSL ACCADEMIA DI FORMAZIONE PER IL SERVIZIO SOCIOSANITARIO LOMBARDO</p>	CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE		
	(Mod.Progr.did_1)		
	Nome e Cognome tirocinante:		
	Polo formativo:		
	Punto Erogaivo:		
Triennio:			
Programmazione semestre (dal/al):			
PERIODO FORMATIVO	PERIODO DI FREQUENZA (Specificare le date)	N° SETTIMANE	
P.1. Area Medicina Clinica	P.1.1 Medicina Interna		
	P.1.2. Cardiologia		
	P.1.3. Pneumologia		
	P.1.4. Gastroenterologia		
	P.1.5. Nefrologia		
	P.1.6. Diabetologia/Endocrinologia		
	p.1.7 Oncologia / Ematologia		
	P.1.8. Neurologia / Psichiatria		
	p.1.9. Radiologia		
	p.1.10. Laboratorio		
P.2. Area Chirurgia generale	P.2.1. Chirurgia generale		
	P.2.2. Chirurgia vascolare		
	P.2.3. Urologia		
	P.2.4. Ortopedia		
P.3. Area Dipartimento di Urgenza	P.3.1. Medicina d'urgenza		
	P.3.2. Pronto soccorso		
P.4. Area Dipartimento Materno-Infantile	P.4.1. Pediatria / Neonatologia		
P.5. Area Ostetricia e Ginecologia	P.5.1. Area Ostetricia e Ginecologia		

P.6. Area Strutture di Base	P.6.1. Distretto Socio sanitario		
	P.6.2. Cps		
	P.6.3. Sert		
	P.6.4.1. Dermatologia		
	P.6.4.2. O.R.L.		
	P.6.4.3. Oculistica		
	P.6.4.4. Odontoiatri		
P.7. Dipartimenti ATS	P.7.1. Dipartimenti ATS		
P.8.1. Ambulatorio MMG (periodo 1)	P.8.1.1. Attività ambulatoriale		
	P.8.1.2. Visite domiciliari		
	P.8.1.3. Assistenza domiciliare programmata		
	P.8.1.4. Rapporto con strutture ospedaliere (visite a pazienti in ospedale, consultazioni / confronto con colleghi specialisti, ecc.)		
	P.8.1.5. Confronto e analisi di casi ed esperienze		
	P.8.1.6. Altro		
	P.8.1.7. Servizi e ambulatori territoriali Pediatria/Ginecologia		
P.8.2. Ambulatorio MMG (periodo 2)	P.8.2.1 Attività ambulatoriale		
	P.8.2.2 Visite domiciliari		
	P.8.2.3 Assistenza domiciliare programmata		
	P.8.2.4 Rapporto con strutture ospedaliere (visite a pazienti in ospedale, consultazioni / confronto con colleghi specialisti, ecc.)		
	P.8.2.5 Confronto e analisi di casi ed esperienze		
	P.8.2.6 Altro		
	P.8.2.7 Servizi e ambulatori territoriali Ginecologia/Pediatria		
P.9. Hospice, RSA, ecc	P.9.1. Hospice, RSA		
	Il Direttore di ATS - Polo formativo		
	Il Coordinatore didattico MMG di polo formativo		

Allegato 1) - Check list di periodo formativo

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: MEDICINA CLINICA - MEDICINA INTERNA

Codice: P.1.1

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- situazioni di emergenza medica
- avvelenamenti e intossicazioni
- interazioni ed effetti collaterali da farmaci
- approccio al paziente con febbre
- la febbre nel paziente immunocompromesso
- il paziente HIV positivo; il paziente con AIDS
- l'osteoporosi
- il paziente con artrite reumatoide o connettivite
- il paziente con artropatia degenerativa

Procedure:

- antibioticoterapia empirica e/o mirata
- scelta e interpretazione delle indagini microbiologiche nelle patologie infettive
- dietoterapia nelle varie condizioni patologiche
- processo decisionale nelle situazioni sopra elencate

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: **MEDICINA CLINICA - CARDIOLOGIA**

Codice P.1.2

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- dolore toracico, cardiopatia ischemica
- ipertensione arteriosa e rischio cardiovascolare
- il paziente aritmico e con palpitazioni
- insufficienza cardiaca acuta e cronica, edema polmonare/embolia polmonare
- riscontro di soffio o rumore anomalo cardiaco nel bambino e nell'adulto
- sincope/arresto cardiaco
- il paziente in terapia anticoagulante
- riabilitazione nel paziente cardiopatico
- valutazione dell'idoneità allo sport

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale dell'apparato cardio-vascolare
- rianimazione cardiorespiratoria (corso teorico-pratico di BLS e BLSD)
- elettrocardiografia (esecuzione e lettura del tracciato ECGrafico)
- ecocolordoppler arterioso e venoso (esecuzione ed interpretazione dell'esame)
- monitoraggio dinamico pressorio (esecuzione e interpretazione dell'esame)

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: **MEDICINA CLINICA - PNEUMOLOGIA**

Codice P.1.3

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- il paziente asmatico, il paziente con allergia respiratoria
- il paziente con dispnea, tosse, emottisi
- il paziente con infezione delle alte e basse vie respiratorie
- il paziente con BPCO ed insufficienza respiratoria
- aspetti diagnostici e terapeutici del paziente con tumore polmonare
- il paziente con versamento pleurico
- la TBC oggi

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale dell'apparato respiratorio
- esecuzione diretta ed interpretazione dei test di funzionalità respiratoria
- valutazione Rx grafica degli addensamenti polmonari
- toracentesi
- posizionamento del drenaggio nel pneumotorace
- raccolta dell'escreato
- uso dell'ossigenoterapia
- uso corretto della aerosolterapia, educazione all'uso dei devices respiratori
- prick test
- immunoterapia specifica
- diete di eliminazione

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica MEDICINA CLINICA - GASTROENTEROLOGIA

Codice: P.1.4

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- il paziente con sindrome dispeptica
- il paziente con ulcera, infezione da HP
- interpretazione dei segni e sintomi addominali
- il paziente con epatopatia acuta e cronica
- la patologia neoplastica del fegato
- la malattia infiammatoria cronica intestinale; sindrome del colon irritabile; malattia diverticolare

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale dell'apparato gastroenterico
- esplorazione rettale, anoscopia, rettoscopia
- esecuzione dei test per la ricerca sangue occulto fecale
- ricerca parassiti, scotch test

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica MEDICINA CLINICA - NEFROLOGIA

Codice: P.1.5

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- il paziente con patologia acuta del rene
- il paziente con insufficienza renale cronica
- il paziente dializzato

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale nefrologica
- il laboratorio in nefrologia
- lettura e interpretazione dell'esame delle urine
- appropriato invio allo specialista

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: MEDICINA CLINICA - DIABETOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA

Codice P.1.6

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- il paziente diabetico di tipo I e II
- il paziente con sindrome metabolica
- il paziente con problematiche endocrinologiche
- il paziente con patologia della tiroide

Procedure:

- determinazione della glicemia mediante glucometri o strisce reattive;
- insegnamento/educazione all'autocontrollo nel diabetico
- insegnamento/educazione alimentare e stili di vita nel diabetico
- partecipazione alle attività dell'ambulatorio diabetologico e dell'ambulatorio del piede

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica MEDICINA CLINICA – ONCOLOGIA -EMATOLOGIA

Codice: P.1.7

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- il paziente astenico, il paziente anemico
- il paziente con linfadenopatia isolata o generalizzata
- il paziente con disturbi della emostasi
- follow-up e gestione del paziente con patologia oncoematologica
- il paziente oncologico (dalla diagnosi al follow up)
- il paziente in polichemioterapia

Procedure:

- esecuzione e lettura di uno striscio periferico
- terapia infusionale
- monitoraggio della terapia anticoagulante
- supporto ai pazienti in polichemioterapia

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica MEDICINA CLINICA – NEUROLOGIA - PSICHIATRIA

Codice: P.1.8

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- urgenze neurologiche
- cefalee
- vertigini, disturbi dell'equilibrio
- tremori, il paziente con M. di Parkinson
- epilessia
- vasculopatie cerebrali acute e croniche
- demenze, la malattia di Alzheimer
- neuropatie periferiche
- il paziente ansioso, il paziente depresso
- emergenze psichiatriche
- il paziente con alterazioni della personalità

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale neurologica
- utilizzo e interpretazione delle scale e test diagnostici
- corretto uso dei farmaci ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, neurolettici
- tecnica del colloquio
- tecniche di counselling familiare e personale
- appropriato invio allo specialista in collaborazione con CPS (Centro Psico Sociale)

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica MEDICINA CLINICA – RADIOLOGIA

Codice: P.1.9

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- diagnostica radiologica convenzionale
- ecografia, tomografia computerizzata e risonanza magnetica
- angiografia
- radiologia interventistica

Procedure:

- lettura e interpretazione dell'esame radiografico
- indicazioni e limiti della diagnostica radiologica convenzionale
- indicazioni e limiti delle tecniche di imaging in radiologia

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica MEDICINA CLINICA – LABORATORIO

Codice: P.1.10

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- valore informativo dei principali esami di laboratorio
- la diagnostica sierologica
- i test genetici in laboratorio

Procedure:

- lettura e interpretazione dello striscio periferico
- la corretta raccolta dei campioni
- interpretazione dei risultati dei test di laboratorio

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica CHIRURGIA GENERALE CHIRURGIA GENERALE

Codice: P.2.1

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- patologia della mammella
- segni e sintomi addominali
- emergenze chirurgiche
- litiasi biliare, il paziente colecistectomizzato
- diagnostica precoce dei tumori del tubo digerente, del pancreas, del fegato
- il paziente gastresecatato; ileo-colostomizzato

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale in chirurgia
- palpazione della mammella e insegnamento all'autopalpazione
- agoaspirazione con ago sottile
- anestesia locale
- valutazione delle masse addominali
- valutazione pre e postoperatoria
- uso e scelta dello strumentario chirurgico
- problemi e tecniche di chirurgia ambulatoriale, suture
- incisione di ascessi, escissioni, cisti sebacee e
- neoformazioni cutanee
- bendaggi e medicazioni, bendaggi elastici
- toeletta chirurgica dei decubiti
- posizionamento sondino naso-gastrico
- esplorazione rettale

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: CHIRURGIA GENERALE - CHIRURGIA VASCOLARE

Codice: P 2.2

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- ustioni, ulcere da decubito
- vasculopatie periferiche, aneurismi
- insufficienza venosa, tromboflebiti, varici

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale vascolare e dell'apparato urinario
- trattamento ambulatoriale delle ustioni, ulcere, decubiti
- utilizzo dell'ecocolordoppler arterioso e venoso

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ **Triennio** _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: CHIRURGIA GENERALE - UROLOGIA

Codice: P 2.3

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- litiasi urinaria, colica renale
- masse e tumori del rene, della vescica, del testicolo, della prostata
- infezioni delle vie urinarie
- il paziente portatore di catetere vescicale ☐ ritenzione urinaria, incontinenza urinaria
- problemi del paziente trapiantato
-

Procedure:

- analisi ed interpretazione delle urine e del sedimento urinario
- applicazione di catetere vescicale nel maschio e nella femmina
- raccolta ed esame del secreto uretrale

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica: CHIRURGIA GENERALE - ORTOPEDIA

Codice: P 2.4

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- fratture
- traumatologia comune
- paziente con flogosi e dolori articolari
- paziente politraumatizzato
- cure fisiche e utilizzo razionale della FKT

Procedure:

- semeiotica fisica e strumentale in ortopedia
- infiltrazioni endo/periarticolari
- immobilizzazione, bendaggi
- riduzione delle lussazioni
- istruzione/educazione sulle pratiche fisiokinesiterapiche e di riabilitazione
- diagnostica strumentale complessa

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica DIPARTIMENTO D'URGENZA

P.3.1. Medicina d'urgenza P.3.2. Pronto Soccorso

Codice: P.3.1; P 3.2

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- Urgenze mediche e chirurgiche
- Insufficienza respiratoria acuta
- IMA / Aritmie
- Politraumatizzato
- Intossicazioni acute
- ACC / Coma
- SEPSI
- Ictus

Procedure:

- Ega arteriosa
- Monitoraggio ECG – PA – SOL
- Es. colturali + antibiotico TP
- Semeiotica fisica e strumentale d'urgenza
- Trasfusioni
- Suture
- Medicazioni

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE -
PEDIATRIA/NEONATOLOGIA

Codice:P 4.1

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- emergenze pediatriche
- problematiche della crescita, pubertà precoce, ritardata
- la febbre del bambino
- il bambino con dispnea, tosse
- otalgia/otorrea, mal di gola
- il bambino con patologie allergico-dermatologiche
- il bambino con dolore addominale acuto/ricorrente/ stipsi/diarrea
- il bambino con vomito, acetonemia
- il bambino con sintomatologia urinaria, enuresi
- parassitosi intestinali
- riscontro di soffio cardiaco; segni di cardiopatia
- cefalea e disturbi dell'apprendimento
- dismorfismi della colonna, displasia dell'anca
- artriti acute
- obesità, magrezza, bulimia, anoressia
- il bambino con patologia oncologica
- il bambino astenico
- il bambino con epilessia
- problematiche comportamentali, disturbi del sonno
- bambino con handicap, il bambino maltrattato
- l'adolescente

- criptorchidismo
- problemi di chirurgia pediatrica

Procedure:

- anamnesi ed esame obiettivo nel bambino
- valutazione dello sviluppo psicomotorio nelle varie età
- diagnostica differenziale degli esantemi
- semeiotica dei vari apparati in età pediatrica
- esame fisico e neurologico del bambino nelle varie età
- uso delle tavole auxologiche
- lettura della Rx grafia dello scheletro
- lettura della Rx grafia del polso per età ossea

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____

CHECK LIST TIROCINIO DI PERIODO FORMATIVO

Nome tirocinante _____ Triennio _____

Nome Tutor _____

Polo di: _____ Punto erogativo: _____

Periodo formativo – Area specialistica OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Codice: P 5

Si dichiara che sono stati acquisiti o affrontati sufficientemente tutti i seguenti aspetti.

Problemi:

- La gravidanza fisiologica, gravidanza a rischio, patologia della gravidanza
- terapie in gravidanza e puerperio, problemi del puerperio
- contraccezione ormonale e non ormonale
- problemi mestruali
- dolore pelvico, dispareunia
- infertilità di coppia
- flogosi vaginali
- malattie a trasmissione sessuale
- menopausa
- patologia uroginecologica
- patologia ginecologica-oncologica, prevenzione e follow-up
- problemi o disfunzioni sessuali
- interruzione volontaria di gravidanza e problematiche connesse

Procedure:

- visita ginecologica, pap-test, tampone vaginale
- diagnostica di laboratorio e strumentale in ginecologia
- educazione sanitaria su contraccezione e gravidanza
- valutazione e semeiotica ostetrica

Data _____

Firma Tutore _____

Data _____

Firma Referente Ospedaliero _____