



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

PARTE I - II Verbale di visita di verifica

Il giorno ___/___/_____ alle ore _____ in via _____ n. _____

i sottoscritti:

- cognome _____ nome _____ Componente dell'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in sanità;

- cognome _____ nome _____; e

- cognome _____ nome _____ incaricati dall'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in sanità nella riunione del giorno 8 settembre 2017;

Visita presso la sede di svolgimento di un evento formativo: riferiscono di aver eseguito la visita di verifica della qualità dell'evento RES/FSC id. _____

denominazione _____

erogato dal provider id. _____ denominazione _____

in presenza del Rappresentante del provider nella persona di:

cognome _____ nome _____

nata/o a _____ il ___/___/_____

residente a _____ in _____

Incarico/ruolo: _____.

Espletata la verifica, gli scriventi hanno rilevato quanto segue:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

PARTE I VALUTAZIONE PRELIMINARE ALLA VISITA IN LOCO

N°	Standard di qualità	Sì	No	Non applicabile	Osservazioni
1	L'esperienza dell'ente come provider ECM ha una durata maggiore di cinque anni				
2	Il provider ha erogato almeno 10 eventi nell'anno precedente, comprese le riedizioni				
3	Almeno il 50% degli eventi (FSC e RES) svolti nell'ultimo anno, comprese le riedizioni, era destinato a un numero di partecipanti uguale o inferiore a 25				
4	Il numero di eventi fuori piano erogati dal provider nell'ultimo anno, senza contare le riedizioni, non supera il 50% degli eventi previsti dal piano formativo				
5	Il provider ha erogato negli ultimi due anni eventi per tutte le tipologie di attività formative per le quali ha ottenuto l'accreditamento				Non applicabile ai provider accreditati per una sola tipologia formativa
6	Il provider ha erogato negli ultimi due anni eventi per tutte le professioni rappresentate nel Comitato scientifico				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

7	Negli ultimi due anni il provider ha erogato eventi per almeno il 50% delle professioni per le quali ha ottenuto l'accREDITAMENTO (non applicabile per provider accREDITATI da 1 a 3 professioni)				
8	Il provider ha un proprio sito <i>web</i> nel quale è data separata evidenza all'attività ECM, in particolare agli eventi, rispetto all'attività non ECM				
9	I curricula dei docenti attivi nell'ultimo anno sono disponibili e consultabili sul sito <i>web</i> del provider				
10	I curricula del coordinatore e degli altri componenti del Comitato scientifico sono disponibili sul sito <i>web</i> del provider e sono aggiornati a meno di due anni				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

11	Per l'evento da verificare vengono pubblicati sul sito <i>web</i> del provider, almeno 15 giorni prima del suo inizio: il titolo dell'evento, il programma di dettaglio dove sono descritti gli obiettivi generali e specifici, la sede e la durata dell'evento, i nominativi e il/i curriculum/a del/dei responsabile/i scientifico/i e dei docenti, professioni coinvolte, i crediti assegnati, eventuali quote di partecipazione				
12	Sul sito <i>web</i> del provider è presente un'area delle offerte formative erogate con i rispettivi dati delle valutazioni (gradimento, apprendimento, ecc...)				
13	Il curriculum del responsabile scientifico documenta una consolidata esperienza almeno triennale sui contenuti dell'evento formativo				
14	Il curriculum del Coordinatore del Comitato scientifico documenta più di 5 anni di esperienza di progettazione e gestione di attività formative in sanità				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

15	Il Comitato scientifico è composto da un numero di soggetti appartenenti ad almeno il 50% delle professioni sanitarie per le quali il provider è accreditato				
16	Il provider ha realizzato eventi della tipologia blended nell'anno in corso o nell'anno precedente				Non applicabile ai provider accreditati per una sola tipologia formativa



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

PARTE II

VALUTAZIONE DEI REQUISITI MINIMI PER L'EROGAZIONE DI EVENTI ECM

N°	Requisito minimo	Sì	No	Non applicabile	Osservazioni
17	L'evento si svolge nella sede dichiarata alla CNFC tramite il sito http://ape.agenas.it/				
18	I locali sono adeguati allo svolgimento delle diverse tecniche didattiche previste (lavori di gruppo, etc.)				
19	I docenti e i moderatori corrispondono a quelli dichiarati alla CNFC tramite il sito http://ape.agenas.it/				
20	Sono registrati gli orari effettivi di ingresso e di uscita dei discenti				
21	Il provider, prima dell'inizio dell'evento, acquisisce le dichiarazioni dei partecipanti sul reclutamento				
22	Vengono registrati gli orari effettivi di inizio e fine dell'attività formativa dei docenti/relatori destinatari dei crediti ECM				
23	Il numero dei partecipanti è pari o inferiore a quello dichiarato alla CNFC tramite il sito http://ape.agenas.it/				
24	La durata dell'attività formativa corrisponde a quella dichiarata alla CNFC tramite il sito http://ape.agenas.it/				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

25	Il materiale didattico corrisponde a quanto dichiarato alla CNFC, tramite il sito http://ape.agenas.it/				
26	La metodologia didattica corrisponde a quanto dichiarato alla CNFC, tramite il sito http://ape.agenas.it/				
27	La scheda di valutazione sulla qualità è conforme allo <i>Schema di valutazione evento</i> presente sul sito http://ape.agenas.it/				
28	La modalità di valutazione dell'apprendimento corrisponde a quella dichiarata alla CNFC tramite il sito http://ape.agenas.it/				
29	Le verifiche di apprendimento riportano nominativo e firma del partecipante				
30	I quesiti sono a scelta multipla (almeno 3 quesiti per ogni credito/per ogni quesito scelta quadrupla)				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

31	All'interno dei locali dove si svolge l'evento e/o nel materiale didattico, NON è presente pubblicità di qualsiasi tipo per specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, etc.) o loghi dell'azienda sponsorizzatrice se non nei casi previsti dalla vigente normativa. Nel caso di risposta "No" specificare nelle note le modalità della pubblicità che è presente				
32	Il Responsabile scientifico attesta che i contenuti dell'evento formativo sono attuali/aggiornati, equilibrati, basati sull'evidenza scientifica e coerenti con le professioni sanitarie a cui l'evento è rivolto.				
33	L'evento si svolge nel rispetto del programma (evidenziare le eventuali variazioni)				
34	Sono state rispettate le procedure di accreditamento dell'evento (Medicine e pratiche non convenzionali di riferimento, Alimentazione prima infanzia, Eventi sponsorizzati)				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

35	L'organizzazione dell'evento e l'erogazione dei contenuti scientifici, anche in presenza di un eventuale <i>partner</i> , è chiaramente riconducibile al Provider				
-----------	---	--	--	--	--



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

Osservazioni degli incaricati

Osservazioni del *provider*

Di quanto sopra attestato, è stato redatto, in duplice copia, il presente verbale, copia del quale viene rilasciata a _____. Allo stesso sono allegate n. _____ pagine e _____ *files* digitali acquisiti mediante _____.

Letto e sottoscritto alle ore _____

firme per l'Osservatorio Nazionale

firma per il *provider*



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

Allegato 1 al presente Verbale di visita

DICHIARAZIONE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Il sottoscritto

nato a _____ il __/__/__,

residente a _____,

in _____,

in qualità di Responsabile Scientifico dell'evento ECM n. _____

Edizione _____ dal titolo _____

ATTESTA

- che i contenuti dell'evento formativo sono attuali/aggiornati, equilibrati, basati sull'evidenza scientifica e coerenti con le professioni sanitarie a cui l'evento è rivolto;
- che i contenuti dell'evento formativo sono coerenti con gli obiettivi formativi dell'evento;
- che i curricula dei docenti sono appropriati rispetto agli obiettivi e i contenuti dell'evento.

Luogo e data

Il Responsabile Scientifico
