



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

## **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;

a) 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**

<b>N°</b>	<b>Standard di qualità</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>	<b>Non applicabile</b>	<b>Osservazioni</b>
<b>1</b>	L'esperienza dell'ente come provider ECM ha una durata maggiore di cinque anni				
<b>2</b>	Il provider ha erogato almeno 10 eventi nell'anno precedente, comprese le riedizioni				
<b>3</b>	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 ed è stato frequentato da un numero di partecipanti uguale o inferiore a 25				
<b>4</b>	Il numero di eventi fuori piano erogati dal provider nell'ultimo anno non supera il 50% degli eventi previsti dal piano formativo				
<b>5</b>	Il provider ha erogato negli ultimi due anni eventi per tutte le tipologie di attività formativa per le quali ha ottenuto l'accreditamento				
<b>6</b>	Il provider ha erogato negli ultimi due anni eventi per tutte le professioni per le quali ha ottenuto l'accreditamento				
<b>7</b>	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				



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## *Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità*

<b>8</b>	I curricula dei docenti attivi nell'ultimo anno sono disponibili e consultabili sul sito <i>web</i> del provider				
<b>9</b>	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				
<b>10</b>	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				
<b>11</b>	Sul sito <i>web</i> del provider è presente un'area delle offerte formative erogate con i rispettivi dati delle valutazioni (gradimento, apprendimento, ecc...)				
<b>12</b>	Il curriculum del responsabile scientifico documenta una consolidata esperienza almeno triennale sui contenuti dell'evento formativo				



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## *Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità*

<b>13</b>	Il curriculum del Coordinatore del Comitato scientifico documenta più di 5 anni di esperienza di progettazione e gestione di attività formative in sanità				
<b>14</b>	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				



# *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**

<b>N°</b>	<b>Requisito minimo</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>	<b>Non applicabile</b>	<b>Osservazioni</b>
<b>15</b>	Sono state rispettate le procedure di accreditamento dell'evento				
<b>16</b>	L'evento si svolge nella sede dichiarata alla CNFC tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>17</b>	I locali sono adeguati allo svolgimento delle diverse tecniche didattiche previste (lavori di gruppo, etc.)				
<b>18</b>	I docenti e i moderatori corrispondono a quelli dichiarati alla CNFC tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>19</b>	Sono registrati gli orari effettivi di ingresso e di uscita dei discenti				
<b>20</b>	Vengono registrati gli orari effettivi di inizio e fine dell'attività formativa dei docenti/relatori destinatari dei crediti ECM				
<b>21</b>	Il numero dei partecipanti è pari o inferiore a quello dichiarato alla CNFC tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>22</b>	La durata dell'attività formativa corrisponde a quella dichiarata alla CNFC tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>23</b>	Il materiale didattico corrisponde a quanto dichiarato alla CNFC, tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

<b>24</b>	La metodologia didattica corrisponde a quanto dichiarato alla CNFC, tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>25</b>	La scheda di valutazione sulla qualità è conforme allo <i>Schema di valutazione evento</i> presente sul sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>26</b>	La modalità di valutazione dell'apprendimento corrisponde a quella dichiarata alla CNFC tramite il sito <a href="http://ape.agenas.it/">http://ape.agenas.it/</a>				
<b>27</b>	Le verifiche di apprendimento riportano nominativo e firma del partecipante				
<b>28</b>	I quesiti sono a scelta multipla (almeno 3 quesiti per ogni credito/per ogni quesito scelta quadrupla)				
<b>29</b>	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				



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## *Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità*

<b>30</b>	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.				
<b>31</b>	L'evento si svolge nel rispetto del programma (evidenziare le eventuali variazioni)				



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità

Osservazioni degli incaricati

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Osservazioni del *provider*

---

---

---

---

---

**~~Nota da inserire nel caso di visita senza componente dell'Osservatorio:~~**

~~Ai sensi e per gli effetti degli artt. 11 e 13 del Regolamento dell'Osservatorio Nazionale, la presente visita è stata svolta in assenza del componente dell'Osservatorio Nazionale.~~

~~La valutazione del componente dell'Osservatorio Nazionale, per quanto di competenza, verrà eseguita in una fase successiva. Gli esiti della valutazione del componente dell'Osservatorio Nazionale saranno comunicati al provider.~~

~~Il provider si impegna a trasmettere, previa richiesta, eventuale documentazione integrativa per consentire la conclusione della verifica.~~

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_