



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

ECM

## **Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM**

- Regione:

- Referente Agenas: MARCO - MACCARI

### **1) ANAGRAFICA**

#### ***1.1 - Nome\****

Natalina

#### ***1.2 - Cognome\****

Trotta

#### ***1.3 - Email\****

natalia.trotta@defoe.it

#### ***1.4 - Tipologia utente\****

PROVIDER E/O ASSOCIAZIONI DI PROVIDER

### **2) PROGRAMMA NAZIONALE ECM E PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO**

### **3) REQUISITI DI ACCREDITAMENTO MINIMI E STANDARD E ALLEGATO A - TABELLA SUI REQUISITI MINIMI E STANDARD**

### **4) DISCIPLINA DEGLI EVENTI ECM**

#### ***4.11 - Valutazione dell'apprendimento***

Gentilissimi,

Non è chiaro se la sottoscrizione da parte del docente/tutor si riferisca a ciascun questionario cartaceo compilato e sottoscritto dal partecipante oppure all'esito della procedura di verifica. Ai fini di una più corretta interpretazione del punto si suggerisce di specificare il soggetto all'interno della frase subordinata.

### **5) ALLEGATO B. MODELLO DI SCHEDA DI QUALITA' PERCEPITA E ALLEGATO C. MODELLO DI ATTESTATO ECM**

### **6) ALLEGATO D. MODALITA' DI CALCOLO DELLA DURATA DI UN CORSO FAD E ALLEGATO F. FORMAZIONE A DISTANZA**

### **7) ALLEGATO E. FORMAZIONE SUL CAMPO**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **8) CONSENSO**

***8.1 - Consenso alla pubblicazione integrale e non anonima sul sito di AGENAS delle osservazioni e/o proposte formulate\****

**SI**

***8.1.1 - Nel caso di consenso parziale indicare le parti delle osservazioni e/o proposte che si richiede di non pubblicare\****