



# *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\****

CARLO

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

ZERBINO

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

direzione@aiponet.it

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

PROVIDER E/O ASSOCIAZIONI DI PROVIDER

#### ***1.5 - Amministrazione/ Ente/Società/Impresa di appartenenza***

AIPO - ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

#### ***1.6 - Ruolo/funzionale del soggetto***

LEGALE RAPPRESENTANTE

#### ***1.7 - Le osservazioni e/o proposte che verranno sottoposte alla Commissione nazionale per la formazione continua sono da ritenersi formulate per conto di:***

AIPO - ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

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

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

#### ***3.1 - Con riferimento ai temi/paragrafi del documento in consultazione si formulano di seguito le seguenti osservazioni:***

IN TUTTI I PUNTI NON VIENE ANALIZZATA LA CONDIZIONE STATUTARIA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE IN RELAZIONE ALLA VIGENTI LEGGI ED IN OTTICA PROSPETTICA DELLA LEGGE N. 24 DEL 8 MARZO 2017; PERTANTO VIENE DIFFICILE RISPONDERE A TUTTI I QUESITI RICHIESTI, COME PER ESEMPIO IL R.E.A.

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

#### ***4.4 - Durata e sede dell'evento***

PUNTO 4.4 - III COMMA

La obbligatorietà della dichiarazione di trasparenza delle fonti di finanziamento deve essere prodotta



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

autocertificando ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 DEL 28 Dicembre 2000, per essere efficace.

## PUNTO 4.4 - V COMMA

Tutti i relatori contribuiscono in quota parte ed in base alla loro relazione ed alla loro esperienza alla costruzione della prova di verifica dell'apprendimento, ma solo il Responsabile Scientifico dell'evento è il coordinatore: pertanto sarebbe legittimo che solo questa figura - in quanto in possesso del dato completo - non possa assumere il ruolo di Discente.

## **4.9 - Variazione e cancellazione dell'evento**

### PUNTO 4.8 - VARIAZIONE CANCELLAZIONE DELL'EVENTO

Questo punto è contraddittorio rispetto alla documentazione richiesta dalle Agenzie Regolatorie Italiane in materia (AIFA), che non prevedono la modifica al programma, ma esclusivamente ai relatori con l'indicazione della INVARIABILITÀ DEI CONTENUTI - Sarebbe auspicabile eliminare al Punto b) le modifiche al Programma.

## **4.10 - Disponibilità dei documenti nel luogo dell'evento**

PUNTO 4.9 - Sarebbe utile specificare in che tipo di formato (cartaceo o anche a mezzo cloud) la documentazione deve essere fornita dal provider all'ente accreditante in sede di evento.

Ciò potrebbe facilitare la rintracciabilità della documentazione ed evitare costi inutili.

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

### PUNTO 4.10 - VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO

La formula delle 3 domande per ogni credito riconosciuto dovrebbe essere scaglionata in base alle ore di formazione/crediti erogati. Attività formative (indipendentemente dalle modalità - RES, FSC E FAD) di 30-40 crediti, non dovrebbero avere questionari di 90-120 domande.

## **4.18 - Sponsorizzazione dell'evento ECM**

### PUNTO 4.17 SPONSORIZZAZIONE DELL'EVENTO ECM - V COMMA

Viene introdotto la non possibilità della presenza del Logo dello sponsor sui badge, mentre viene prevista la presenza del logo sui programmi, che generalmente sono in aula; oppure le borse congressuali.

E' stata fatta una valutazione differente di opportunità solo sui Badge?

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

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

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

## **8) CONSENSO**

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



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

SI

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