



E.C.M.
Educazione Continua in Medicina

ACCREDITAMENTO EVENTI FSC PER LIBERI PROFESSIONISTI

Manuale utente

Versione 1.0 – Dicembre 2014

Indice

Revisioni	2
1. Introduzione	3
2. Inserimento eventi FSC per liberi professionisti	4

Revisioni

Versione	Pag.	Paragrafo	Modifica
1.0	-	-	Nuova versione

1. Introduzione

Il presente manuale illustra le funzionalità del Sistema di Accreditamento Provider ECM relativamente all'**inserimento eventi ECM di tipologia Formazione sul campo (FSC) rivolti a liberi professionisti**.

Destinatari sono i soggetti **già accreditati** dalla Commissione Nazionale, riconosciuti come "organo competente" dalla Determina della CNFC del 10 ottobre 2014.

Nelle pagine successive vengono descritte le procedure per l'inserimento di questa particolare tipologia di evento. Per informazioni su tutte le altre tipologie e più in generale sull'accreditamento eventi e le procedure ad essi relative, fare riferimento al Manuale utente per l'Accreditamento eventi.

NOTA BENE: la Determina della CNFC del 10 ottobre 2014 ha stabilito in 1 anno la durata massima dell'evento di cui al presente manuale. Il sistema informatico non consentirà l'inserimento di eventi con data inizio e data fine nell'arco di due trienni formativi differenti.

Ai fini del corretto inserimento dell'evento, in considerazione della natura sperimentale della FSC per liberi professionisti, si suggerisce al Provider di prevedere una finestra temporale (es. 1 mese), precedente la data di inserimento dell'evento nel sistema informatico Agenas, durante la quale raccogliere i progetti di training individualizzato (cfr. Allegato 1 della citata Determina) che comporranno l'intero evento. Tutto ciò permette di conoscere in anticipo (rispetto alla data di inserimento a sistema) il numero esatto di discenti (si consiglia vivamente di non eccedere i 50 discenti in considerazione dell'obbligo di rapporto con il tutor di 1:1) e il numero di crediti erogati.

2. Inserimento eventi FSC per liberi professionisti

Dopo aver effettuato tutte le operazioni necessarie all'inserimento di un normale evento FSC, come descritto nel [Manuale utente per l'Accreditamento eventi](#), se l'evento è destinato ai liberi professionisti occorre seguire la procedura descritta in questo capitolo.

Innanzitutto, indicare se si tratta di un progetto formativo o aziendale e se l'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia. Se si risponde "sì" alla seconda domanda, attendere qualche secondo il ricaricamento della pagina.

Home Page Ecm > Home Page > Gestione Eventi > Gestisci FSC

Log Out

Formazione Sul Campo

Ragione Sociale: Id Provider:

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ? Sì No

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? Sì No


Di seguito la form viene analizzata punto per punto e tutte le informazioni richieste sono specificate in dettaglio.

NOTA BENE: In considerazione della specificità della determina della CNFC del 10 ottobre 2014 in materia di FSC per liberi professionisti, il valore da inserire nei campi 12.1, 12.2, 12.3, 13, 14, 17, 18.1, 18.3, 20.1, 20.2 è univoco. Detti valori sono specificati nelle tabelle seguenti.


Punti 1-5:


1	Titolo del programma formativo	<input type="text"/>
2	Sede	
2.1	Regione	<input type="text" value="ABRUZZO"/>
2.2	Provincia	<input type="text" value="CHIETI"/>
2.3	Comune	<input type="text" value="ALTINO"/>
2.4	Indirizzo	<input type="text"/>
2.5	Luogo Evento	<input type="text"/>
3	Periodo di svolgimento	
3.1	Anno del piano Formativo di riferimento	<input type="text"/>
3.2	Data inizio	<input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
3.3	Data fine	<input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
4	Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)	<input type="text"/>
5	Obiettivi dell'evento	
5.1	Obiettivo formativo	<p>4. APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, \</p> <p>5. PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ</p> <p>6. LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT</p> <p>7. LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY E</p> <p>8. INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZION</p> <p>9. INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA</p> <p>10. EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZI</p> <p>11. MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI</p> <p>12. ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE</p> <p>13. METODOLOGIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE SOCIALE PER LO SVILUPPO DEI</p>
5.2	Acquisizione competenze tecnico-professionali	<input type="text"/>
5.3	Acquisizione competenze di processo	<input type="text"/>
5.4	Acquisizione competenze di sistema	<input type="text"/>
5.5	Livello di acquisizione	<input type="radio"/> BASE <input type="radio"/> RETRAINING <input type="radio"/> SVILUPPO / MIGLIORAMENTO <input checked="" type="radio"/> ALTA COMPLESSITA' / ECCELLENZA

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Titolo del programma formativo	Testo	Titolo del programma dell'evento. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Sede	Testo a scelta obbligatoria; Testo	Indicare regione, provincia, comune e indirizzo della sede di svolgimento del provider. <i>(Campi obbligatori)</i> .

Periodo di svolgimento	Data	Indicare l'anno del piano formativo del quale fa parte l'evento, la data di inizio e di fine dell'evento. Cliccando sull'icona  si aprirà lo strumento calendario. La data di inizio dell'evento deve essere successiva di almeno 30 giorni rispetto alla data di inserimento. Il periodo massimo di svolgimento è 365 giorni. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Durata effettiva dell'attività formativa	Numerico	Numero di ore effettive del programma FSC. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Obiettivo dell'evento	Testo a scelta obbligatoria	Scegliere l'obiettivo formativo di rilievo nazionale al quale afferisce l'evento. L' <u>elenco degli obiettivi nazionali</u> può essere consultato nella sezione moduli e documenti del sito ECM. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Acquisizione competenze tecnico professionali, di processo e di sistema	Testo	Inserire nelle tre caselle corrispondenti una breve descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti, relativamente alle tre aree (tecnico-professionale, di processo e di sistema), con particolare attenzione all'area cui l'obiettivo è rivolta. <i>(Obbligatorio compilare almeno uno dei tre campi)</i>
Livello di acquisizione	Pulsante opzione a scelta singola	Scegliere uno dei quattro livelli di acquisizione delle competenze indicate nei punti precedenti.
L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza	Sì/no	Questa voce appare soltanto se si è scelto l'obiettivo 22, "Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale) tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali". Dichiarare se l'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza.

Punti 6-11:

6 Programma dell'attività formativa (max 4mb - allegare programma con breve curriculum vitae dei docenti)	<input type="text"/> Sfoglia...
6.1 Docenti/Relatori/Tutor	
Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Codice Fiscale (Obbligatorio solo per i cittadini Italiani)	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Straniero
Ruolo	<input type="radio"/> DOCENTE <input type="radio"/> TUTOR <input type="radio"/> RELATORE
	<input type="button" value="Aggiungi"/> <input type="button" value="Annulla"/>
<hr/>	
7 Crediti assegnati	<input type="text"/> 
<hr/>	
8 Tipologia Evento	<input checked="" type="radio"/> Training individualizzato per liberi professionisti <input type="radio"/> Attività di training individualizzato <input type="radio"/> Partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, di Miglioramento e Commissioni/Comitati <input type="radio"/> Partecipazione a Ricerche <input type="radio"/> Audit Clinico e/o Assistenziale
<hr/>	
9 Responsabile Segreteria Organizzativa	
9.1 Cognome	<input type="text"/>
9.2 Nome	<input type="text"/>
9.3 Codice Fiscale	<input type="text"/>
9.4 Telefono	<input type="text"/>
9.5 Cellulare	<input type="text"/>
9.6 E-Mail	<input type="text"/>
<hr/>	
10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo	<input type="radio"/> Generale (Tutte le professioni) <input checked="" type="radio"/> Settoriale
	<input type="text" value="ASSISTENTE SANITARIO"/> ▼
	<input type="button" value="Visualizza Discipline"/>
<hr/>	
11 Responsabili Scientifici	
11.1 Cognome	<input type="text"/>
11.2 Nome	<input type="text"/>
11.3 Codice Fiscale (Obbligatorio solo per i cittadini Italiani)	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Straniero
11.4 Qualifica	<input type="text"/>
11.5 Curriculum Vitae	<input type="text"/> Sfoglia...
	<input type="button" value="Aggiungi"/> <input type="button" value="Annulla"/>

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Programma dell'attività formativa	Documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf,.p7m) dal legale rappresentante (o delegato)	Inserire in uno stesso documento pdf il programma dell'evento. È possibile modificare un file già caricato premendo il tasto Annulla di fianco alla casella con il nome del documento, e ripetendo successivamente l'operazione di inserimento. <i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 4 Mb)</i>
Docenti/Relatori/Tutor	Testo	Inserire cognome, nome, codice fiscale e ruolo di ciascun docente/relatore/tutor che opererà all'interno dell'evento. Vedere più avanti per informazioni dettagliate sulla modalità di inserimento. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Crediti assegnati	Numerico	Inserire il numero di crediti assegnati dall'evento secondo i criteri della Commissione Nazionale. Cliccando sull'icona  si visualizzerà la guida per calcolare il numero di crediti in base alle caratteristiche dell'evento. Numero massimo consentito: 30. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Tipologia evento	Pulsante opzione a scelta singola	Selezionare "Training individualizzato per liberi professionisti" <i>(Campo obbligatorio)</i> .
Responsabile segreteria organizzativa	Testo	Per il responsabile della segreteria organizzativa devono essere indicati il cognome, nome, codice fiscale, telefono fisso, telefono cellulare e indirizzo email. <i>(Campi obbligatori)</i>
Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo	Pulsante opzione e combo box	Scegliere Generale se l'evento è adatto per tutti i professionisti sanitari. Se si seleziona Settoriale sarà necessario indicare nei dettagli le singole discipline. Vedere più avanti per le indicazioni relative. <i>(Campo obbligatorio)</i>

Responsabili scientifici	Testo e documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf.p7m) dal legale rappresentante (o delegato)	Per ogni responsabile indicare cognome, nome, codice fiscale e qualifica. Nel caso di un cittadino straniero non in possesso di codice fiscale, spuntare la casella Straniero . È possibile inserire un massimo di 3 Responsabili scientifici ad evento. Allegare come documento pdf, inoltre, il curriculum vitae, che deve riportare la firma autografa del responsabile scientifico e la firma digitale del legale rappresentante o delegato. <i>(Campi obbligatori. Le dimensioni del file non devono superare i 2 Mb)</i>
--------------------------	---	---

Al punto 6.1, per inserire i docenti/relatori/tutor, digitare le informazioni relative nelle caselle apposite, selezionare il ruolo e premere il pulsante **Aggiungi**. I nominativi inseriti compariranno in una lista:

6.1 Docenti/Relatori/Tutor


Cognome


Nome

Codice Fiscale (Obbligatorio solo per i cittadini Italiani) Straniero

Ruolo DOCENTE TUTOR RELATORE

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo	Modifica	Elimina
VALERIA	ROSSI	RSSVLR67H55C895Y	TUTOR		

Per effettuare modifiche sui dati di un nominativo già inserito fare clic sull'icona . I dati appariranno nelle rispettive caselle di testo e potranno essere modificati. Una volta effettuate le modifiche necessarie, premere nuovamente il pulsante **Aggiungi**.

Per eliminare un nominativo fare clic sull'icona  nella riga corrispondente.

Al punto 10 selezionare l'opzione **Generale** se l'evento è rivolto a tutte le professioni. Altrimenti, selezionare l'opzione **Settoriale** per indicare le discipline specifiche alle quali l'evento è rivolto. Apparirà la casella a discesa dalla quale è possibile scegliere l'ambito professionale. Una volta selezionato l'ambito appropriato, premere il pulsante **Visualizza discipline**. Verranno visualizzate le caselle relative alla scelta delle singole discipline.

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Generale (Tutte le professioni)
 Settoriale

Professione	Discipline	Elimina
IGIENISTA DENTALE	IGIENISTA DENTALE;	✗
ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA;	✗

ASSISTENTE SANITARIO

Visualizza Discipline

FARMACISTA

FARMACIA OSPEDALIERA

FARMACIA TERRITORIALE

Aggiungi Annulla

Nella casella di sinistra (discipline disponibili) sono elencate tutte le discipline relative alla professione scelta. Selezionare una per una quelle alle quali l'evento è destinato e farle passare nella casella di destra (discipline selezionate) premendo il pulsante **>**. È possibile passare tutte le discipline premendo il pulsante **>>**. In caso di inserimenti errati premere i pulsanti **<** o **<<**, rispettivamente, per rimuovere la disciplina selezionata nella casella di destra o per svuotare la casella stessa.

Una volta selezionate tutte le discipline alle quali l'evento è destinato, premere il pulsante **Aggiungi**. Le voci selezionate appariranno nell'elenco delle professioni scelte. Se si desidera inserire discipline afferenti ad altre professioni, ripetere l'operazione. È possibile eliminare un ambito professionale cliccando sull'icona **✗** nella colonna **Elimina**.

Al punto 11, l'inserimento dei nominativi va effettuato con le stesse modalità viste per il punto 6.1, facendo attenzione però ad allegare il curriculum del

responsabile firmato in maniera autografa dal responsabile stesso e digitalmente (quindi con estensione .p7m) dal legale rappresentante (o delegato).

Nel momento in cui si preme il pulsante **Aggiungi**, il sistema verifica la correttezza della firma digitale sul file del curriculum. Se la verifica ha esito positivo il nome apparirà nella lista sottostante come da figura seguente:

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	Modifica	Elimina
ROSSI	VALERIA	RSSVLR67H55C895Y	PROFESSORE	Curriculum Rossi.pdf		

Per effettuare modifiche sui dati di un responsabile già inserito fare clic sull'icona . I vari dati appariranno nelle rispettive caselle di testo e potranno essere modificati. Per modificare il file del curriculum premere il pulsante **Modifica** vicino alla casella del punto 12.5. Una volta effettuate le modifiche necessarie, premere nuovamente il pulsante **Aggiungi**. Per eliminare un responsabile fare clic sull'icona nella riga corrispondente.

Punti 12-19

12 Setting di apprendimento

12.1 Contesto di attività

- Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
- Extra-operativo (Es: Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di Ricerca)

12.2 Livello di attività

- Individuale
- Di gruppo
- Entrambi

12.3 Tipologia di attività

- Osservativa
- Esercitativa
- Esecutiva-Operativa
- Elaborativa, di studio o di ricerca

13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?

Si No

14 Rapporto tutor-discente
(es. se vi è 1 tutor per ogni 3 discenti, indicare 1 nel campo Tutor e 3 nel campo Discenti. E' obbligatorio solo per le Attività di training individualizzato)

14.1 Tutor

14.2 Discenti

15 Quota di partecipazione?
(in euro)

16 Numero partecipanti

17 Verifica presenza dei partecipanti

- FIRMA DI PRESENZA
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI
- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
- RELAZIONE FIRMATA DAL RESPONSABILE E DAL PROVIDER

18 Sistemi di valutazione delle attività

18.1 Soggetto valutatore

- Autovalutazione
- Valutazione tra pari
- Valutazione da parte del Tutor
- Valutazione da parte del responsabile del progetto

18.2 Oggetto della valutazione

- Competenza, capacità, abilità acquisita
- Risultato operativo (report, relazione, studio, etc.)

18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti

- RAPPORTO CONCLUSIVO DI TRAINING INDIVIDUALIZZATO PER LIBERI PROFESSIONISTI
- CON QUESTIONARIO
- CON ESAME ORALE
- CON ESAME PRATICO
- CON PROVA SCRITTA

19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Setting di apprendimento	Pulsante opzione a risposta singola	Selezionare, per i tre campi: contesto di attività "Operativo (Es.: Ospedaliero, Territoriale, etc.)"; livello di attività "Individuale"; Tipologia di attività: "Esecutiva-Operativa".
L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?	Si/no	Selezionare "No".
Rapporto tutor/discenti	Numerico	Obbligatoriamente 1:1. Inserire quindi "1" in entrambe le caselle. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Quota di partecipazione	Numerico	Ammontare in euro della quota di partecipazione massima pagata dai partecipanti. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Numero di partecipanti	Numerico	Numero massimo di partecipanti all'evento formativo. Questo numero comprende tutte le persone che seguono l'evento, compresi coloro che non hanno diritto all'acquisizione dei crediti. In ogni caso, il provider non potrà attribuire crediti a un numero di partecipanti superiore a quello specificato in questo campo. <i>(Campo obbligatorio)</i>

Verifica presenza dei partecipanti	Opzione a scelta multipla	Selezionare "Firma di presenza".
Sistemi di valutazione delle attività	Opzione a scelta singola; opzione a scelta multipla	Selezionare, per i tre campi: soggetto valutatore "valutazione da parte del tutor"; verifica apprendimento partecipanti "rapporto conclusivo di training individualizzato per liberi professionisti"; l'oggetto della valutazione, invece, è a scelta libera.
Tipo di materiale durevole rilasciato ai partecipanti	Testo	Descrivere sinteticamente il tipo di materiale durevole rilasciato ai partecipanti.

Punti 20-24

20 Sponsor

20.1 L'evento è sponsorizzato Sì No

20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento Sì No

20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti Sfoglia... [Modello](#)

21 L'evento si avvale di partner? Sì No

22 Dichiarazione Conflitto Interessi Sfoglia... [Modello](#)

23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita? Sì No

24 Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM Sì No

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Sponsor	Sì/no	Selezionare "No" per entrambi i punti.
L'evento si avvale di partner?	Sì/no; documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf,p7m) dal legale rappresentante (o delegato)	Indicare se l'evento è organizzato in partenariato con altri soggetti. Vedere più sotto per le indicazioni dettagliate nel caso in cui si risponda "sì".

Dichiarazione conflitto interessi	Documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf.p7m) dal legale rappresentante (o delegato)	Allegare la dichiarazione sul conflitto di interessi in base al modello, scaricabile cliccando sul link Modello . <i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2 Mb).</i>
Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?	Sì/no	Dichiarare l'esistenza di una procedura di verifica della qualità percepita. (La procedura è obbligatoria: se si risponde "no" il sistema non permetterà la registrazione dell'evento).
Dichiarazione di possesso del consenso scritto	Sì/no	Scegliendo "sì", si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003. La dichiarazione affermativa è obbligatoria.

Una volta inserite tutte le informazioni necessarie premere il pulsante **Salva**.

Il sistema effettuerà alcune verifiche sulla correttezza dei dati inseriti, in particolare sulla completezza dei dati e sulle firme digitali dei vari documenti. Verrà inoltre verificato che i campi il cui valore è obbligato per gli eventi FSC diretti ai liberi professionisti siano stati inseriti correttamente.

Nel caso in cui alcuni campi siano mancanti o scorretti, le relative caselle di inserimento saranno evidenziate in arancione:

1 Titolo del programma Il titolo del programma formativo è obbligatorio.

2 Periodo di svolgimento

2.1 Data inizio (gg/mm/aaaa)

2.2 Data fine (gg/mm/aaaa)

3 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

Completare o correggere le informazioni evidenziate.

Nel caso in cui, invece, si siano inseriti documenti la cui firma digitale sia scorretta o assente, il sistema visualizzerà un avviso del tipo seguente, tra la fine del modulo e i pulsanti **Salva** e **Annulla**.

Attenzione: si sono verificati problemi in fase di convalida della firma digitale!

Si prega di reinserire gli allegati correttamente firmati.

Di seguito vengono elencati i file che hanno causato il fallimento della verifica della firma digitale, con la relativa causa.

- Dichiarazione.pdf - Il file firmato deve avere estensione .p7m

Sostituire, quindi, i file indicati nel messaggio. In ogni casella relativa a un file allegato si troverà il link **Annulla**, premendo il quale si elimina il file presente in modo da poterne inserire uno nuovo.

Il sistema effettua anche un controllo sul numero di crediti, in base alle informazioni inserite nel dettaglio dell'evento, e restituisce un messaggio di avviso nel caso in cui ci sia una discrepanza tra il numero di crediti indicato e quello che dovrebbe corrispondere alle ore di durata effettiva dell'attività formativa in base ai criteri stabiliti dalla CNFC.

Se si è sicuri dell'informazione inserita, quindi, premere il tasto **Conferma** e proseguire. Altrimenti, premere il tasto **Annulla** e fare le opportune verifiche.



Se l'inserimento è andato a buon fine verrà visualizzata una schermata simile alla seguente:

Formazione sul campo

Ragione Sociale: [REDACTED] Id Provider: [REDACTED]

L'evento **1-81904** dal titolo: **TITOLO**
è stato inserito correttamente in banca dati.

Indietro