



# *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\****

pamela

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

laon

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

pamela.laon@collage-spa.it

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

PROVIDER E/O ASSOCIAZIONI DI PROVIDER

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

COLLAGE SPA

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

RESPONSABILE SEGRETERIA

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

COLLAGE SPA

### **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**

#### ***4.1 - Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM***

nessun suggerimento

#### ***4.2 - Obiettivi formativi***

nessun suggerimento

#### ***4.3 - Le tre aree di obiettivi formativi***

nessun suggerimento

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

nessun suggerimento

#### ***4.5 - Il Responsabile scientifico del provider***



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

nessun suggerimento

#### **4.6 - Docenti e moderatori dell'evento**

nessun suggerimento

#### **4.7 - Programma dell'evento**

nessun suggerimento

#### **4.8 - Pubblicità dell'evento ECM**

nessun suggerimento

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

nessun suggerimento

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

nessun suggerimento

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

In considerazione del fatto che la correzione del questionario viene effettuata in sedi e momenti differenti da quella dell'evento e vista la numerosità dei partecipanti e dei docenti è improponibile che il responsabile scientifico firmi tutti i questionari. Questa operazione dovrebbe essere effettuata dal provider (responsabile formazione)

#### **4.12 - Rilevazione qualità percepita e percezione interessi commerciali in ambito sanitario**

nessun suggerimento

#### **4.13 - Attestati ECM**

nessun suggerimento

#### **4.14 - Limiti alla partecipazione agli eventi**

La presenza in aula di uditori/discenti dovrebbe essere disciplinata secondo una percentuale sul totale partecipanti accreditati

#### **4.15 - Medicine e pratiche non convenzionali di riferimento (MNC)**

nessun suggerimento

#### **4.16 - Erogazione di eventi formativi all'estero**

nessun suggerimento

#### **4.17 - Conflitto d'interessi ECM**

nessun suggerimento

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

nessun suggerimento

#### **4.19 - Pubblicità nell'evento ECM di prodotti di interesse sanitario**

nessun suggerimento

#### **4.20 - Pubblicità sui siti internet**

nessun suggerimento

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



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **6) ALLEGATO D. MODALITA' 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\**

SI

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