



Regione Lombardia

DECRETO N° 12784

Del 31.12.14

Identificativo Atto n. 697

DIREZIONE GENERALE SALUTE

Oggetto

IL SISTEMA LOMBARDO DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO (ECM - CPD): INDICAZIONI OPERATIVE.

L'atto si compone di _____ pagine

di cui _____ pagine di allegati,

parte integrante



Regione Lombardia

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATE:

- la d.g.r. n. VII/13792 del 25.07.2003 recante "Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua - programma Educazione Continua in Medicina (ECM) in Lombardia" che attiva il sistema ECM lombardo per la formazione continua;
- la d.g.r. n. IX/4334 del 26.10.2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013 - (di concerto con l'Assessore Pellegrini)" la quale, nel precisare che al nuovo accordo Stato Regioni in materia verrà data applicazione mediante apposita deliberazione, conferma i capisaldi del sistema lombardo Ecm consistenti nei tre seguenti punti:
 - a. il ruolo di Regione Lombardia quale soggetto che procede all'accREDITAMENTO dei provider, autonomo nel dotarsi di manuali regolatori di accREDITAMENTO;
 - b. i compiti dei diversi attori coinvolti, in particolare Eupolis Lombardia quale soggetto al quale è affidata l'attuazione di tutti gli adempimenti inerenti la procedura relativa all'istruttoria di accREDITAMENTO e Lombardia Informatica S.p.A per la implementazione del sistema informatico specifico di gestione;
 - c. la autonoma classificazione dei provider e la loro differenziazione ai fini della determinazione, mediante proprio provvedimento, del contributo annuale a carico degli stessi;
- la d.g.r. n. IX/4776 del 30.01.2013 "Determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo di ECM/CPD - anno 2013" che rinvia a successivi provvedimenti della Direzione Generale Sanità, l'adozione di tutte le integrazioni operative-gestionali al sistema regionale di ECM, con particolare riferimento, tra gli altri:
 - a. alle modalità di accesso al sistema di accREDITAMENTO;
 - b. alla creazione del piano formativo annuale;
 - c. alla modulistica dedicata e alle modalità di inserimento della stessa nel sistema operativo;
 - d. alle tipologie e modalità dei controlli;
 - e. alle forme di contributo annuale a carico dei provider;
 - f. all'attribuzione dei crediti ECM;
 - g. alle modalità di trasmissione del tracciato record.



Regione Lombardia

VISTI:

- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2007 (repertorio atti 168 CSR) concernente il "*Riordino del sistema di formazione continua in medicina*", che ha apportato alcune innovazioni nel sistema nazionale e regionale di formazione continua.
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 novembre 2009 (repertorio atti 192 CSR) in ordine al "*Nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accreditemento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti*";
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano del 19 aprile 2012 (repertorio atti n. 101/CSR) sul documento recante "*Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i Manuali di accreditemento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti forativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti*".

DATO ATTO della conseguente necessità di apportare alcune modificazioni e/o integrazioni alle vigenti disposizioni di sistema regionali onde renderle omogenee e coerenti con quanto sancito dalle regole dell'accordo del 2012.

RITENUTO, pertanto, di aggiornare le indicazioni generali da destinare ai provider e così ottimizzare l'azione della Regione quale ente accreditante nel perseguire sia il costante miglioramento della qualità della formazione erogata sul territorio lombardo che l'incremento dell'efficienza dell'impianto complessivo già esistente.

VISTO il documento "*Indicazioni operative per l'accreditemento a Provider ECM-CPD regionale*", allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, che individua le modalità operative da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM svolta sul territorio lombardo.

STABILITO che il citato documento ha un contenuto vincolante per i provider e pone l'attenzione su alcuni aspetti di rilievo in esso definiti concernenti, in particolare:

- i requisiti richiesti per ottenere/mantenere lo status di provider;
- le caratteristiche del "piano formativo" e dei singoli eventi che lo compongono;



Regione Lombardia

- le tempistiche e le scadenze relative all'avvio dell'istruttoria dei piani formativi e delle integrazioni ai medesimi;
- le modalità di attribuzione dei crediti alle diverse attività formative realizzate;
- la classificazione nelle diverse tipologie di provider, anche in relazione ai versamenti dei contributi annuali;
- le modalità d'accredimento e/o di conferma di accreditamento.

PRECISATO che il rilascio del decreto di accreditamento e/o il mantenimento dello status di provider già accreditato (soggetto già in possesso di decreto di accreditamento), sono subordinati al verificarsi di due condizioni:

- a) ottenimento dell'esito positivo sul piano formativo presentato;
- b) versamento del contributo annuale.

STABILITO, quindi, che la condizione di provider, al quale sia stato già rilasciato il decreto di accreditamento, **non costituisce titolo sufficiente** né per ottenere l'esonero dal versamento del contributo annuale, né per rilasciare crediti indipendentemente dall'approvazione del piano formativo presentato;

DATO ATTO che gli adempimenti attinenti alla concreta operabilità sono effettuabili dal provider attraverso la piattaforma informatica, corredata da idonea modulistica, del sistema lombardo di educazione continua in medicina rinvenibile al seguente indirizzo: www.ecm.regione.lombardia.it;

PRECISATO di rinviare a successive pubblicazioni, attraverso il sito ECM di Regione Lombardia, gli ulteriori eventuali aggiornamenti/modifiche relativi alle modalità di trasmissione del tracciato record che dovessero rendersi necessari;

RITENUTO di approvare il documento "*Indicazioni operative per l'accREDITamento a Provider ECM-CPD regionale*" - **allegato unico**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che individua le modalità operative da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM svolta sul territorio lombardo, corredate da idonea ed apposita modulistica così composto:

- allegato n. 1 "Indicazioni operative per l'accREDITamento a provider ECM-CPD regionale"
- allegato n. 2 "Formazione Individuale"
- allegato n. 3 "Sponsorizzazione";
- allegato n. 4 "Procedure e scadenze di accREDITamento";
- allegato n. 5 "Indicazioni contributo annuale ECM-CPD";
- modulistica allegati dal n. 1 A al n. 1 V.



Regione Lombardia

STABILITO, infine, di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sulla piattaforma informatica dedicata al seguente indirizzo: www.ecm.regione.lombardia.it;

VISTE:

- la l.r. 20/2008, nonché i provvedimenti organizzativi della X legislatura;
- la l.r. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";

DECRETA

Di approvare il documento "Indicazioni operative per l'accreditamento a Provider ECM-CPD regionale" - **allegato unico**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che individua le modalità operative da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM svolta sul territorio lombardo, corredate da idonea ed apposita modulistica così composto:

- allegato n. 1 "Indicazioni operative per l'accreditamento a provider ECM-CPD regionale"
- allegato n. 2 "Formazione Individuale"
- allegato n. 3 "Sponsorizzazione";
- allegato n. 4 "Procedure e scadenze di accreditamento;
- allegato n. 5 "Indicazioni contributo annuale ECM-CPD;
- modulistica, allegati dal n. 1A al n. 1V.

Di stabilire che il citato documento ha un contenuto vincolante per i provider e pone l'attenzione su alcuni aspetti di rilievo in esso definiti, concernenti, in particolare:

- i requisiti richiesti per ottenere/mantenere lo status di provider;
- le caratteristiche del "piano formativo" e dei singoli eventi che lo compongono;
- le tempistiche e le scadenze relative all'avvio dell'istruttoria dei piani formativi e delle integrazioni ai medesimi;
- le modalità di attribuzione dei crediti alle diverse attività formative realizzate;
- la classificazione nelle diverse tipologie di provider, anche in relazione ai versamenti dei contributi annuali;
- le modalità d'accreditamento e/o di conferma di accreditamento.
- le modalità di trasmissione del tracciato record.

Di precisare che il rilascio del decreto di accreditamento e/o il mantenimento dello status di provider già accreditato (soggetto già in possesso di decreto di accreditamento), sono subordinati al verificarsi di due condizioni:



Regione Lombardia

- a) ottenimento dell'esito positivo sul piano formativo presentato;
- b) versamento del contributo annuale (quota fissa e quota variabile).

Di stabilire che la condizione di provider al quale sia stato già rilasciato il decreto di accreditamento, **non costituisce titolo** sufficiente né per ottenere l'esonero dal versamento del contributo annuale, né per rilasciare crediti indipendentemente dall'approvazione del piano formativo presentato.

Di dare atto che gli adempimenti attinenti alla concreta operabilità sono effettuabili dal provider attraverso la piattaforma informatica, corredata da idonea modulistica, del sistema lombardo di educazione continua in medicina, rinvenibile al seguente indirizzo: www.ecm.regione.lombardia.it.

Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sulla piattaforma informatica dedicata al seguente indirizzo: www.ecm.regione.lombardia.it;

Il Direttore Generale
Direzione Generale Salute
(Walter Bergamaschi)

ALLEGATO 1

Indicazioni operative per l'accreditamento a provider ECM-CPD regionale

Il *Provider* accreditato ECM è un soggetto che:

- ✓ Ha configurazione giuridica autonoma.
- ✓ Opera nel campo della formazione continua degli operatori sanitari.
- ✓ Possiede tutti i requisiti conformi agli standard definiti per l'Accreditamento ECM di cui al presente documento.
- ✓ Svolge attività di formazione esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria e non influenzata da interessi commerciali.
- ✓ Conosce ed è tenuto all'applicazione della normativa nazionale e regionale, oltre che degli "Accordi Stato Regioni" in materia ECM.
- ✓ E' in grado di organizzare e rendere fruibili eventi o programmi educazionali e di garantire il supporto logistico, il tutoraggio, la valutazione e la verifica dell'apprendimento, ovvero la trasmissione dei dati su traccia elettronica.
- ✓ Possiede competenze in ordine alle metodologie, alle tecniche ed ai contenuti delle attività formative realizzate e rivolte alla formazione degli operatori sanitari; tali caratteristiche dovranno essere desumibili dal profilo delle competenze documentate dal responsabile scientifico di ogni programma e dal Comitato Tecnico Scientifico nel suo complesso.
- ✓ E' responsabile dell'integrità etica, del valore deontologico, della qualità tecnico scientifica, dei contenuti di tutte le attività educazionali che organizza, nonché dei materiali didattici che somministra e dell'indipendenza da qualsiasi influenza estranea, dei programmi formativi proposti ai professionisti.
- ✓ Assegna crediti ECM ai prodotti formativi che offre e ne attesta, pertanto, l'acquisizione dei crediti ai partecipanti alle attività formative che organizza, dopo aver verificato il raggiungimento degli obiettivi formativi in termini di apprendimento di nuove conoscenze e competenze.
- ✓ E' disponibile a rendere immediatamente fruibile la documentazione necessaria alle attività di verifica da parte dell'Ente accreditante.
- ✓ Ottempera al versamento del contributo annuale previsto per l'accreditamento.
- ✓ È informato sulla circostanza che, anche se già in possesso di un decreto di accreditamento, la possibilità di rilasciare crediti ECM è subordinata alla condizione dell'ottenimento dell'esito positivo sul piano formativo da parte di Eupolis Lombardia relativamente all'attività programmata nell'anno solare di riferimento.
- ✓ E' edotto circa l'obbligatorietà di trasmettere telematicamente il tracciato record dei crediti sia direttamente al CO.Ge.A.P.S. che alla Direzione Generale Salute.
- ✓ Ha l'obbligo di rilasciare i crediti formativi e di adempiere alle relative formalità (rilascio degli attestati ECM ed inserimento dei nominativi nel tracciato record) **solo con riferimento ai soggetti che hanno l'obbligo di conseguire i crediti ECM** secondo la normativa vigente.

Si richiama inoltre l'attenzione dei Provider riguardo le seguenti disposizioni:

- Nessun soggetto che produca, distribuisca, commercializzi e pubblicizzi prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, alimenti per infanzia, dispositivi e strumenti medici può acquisire il ruolo di Provider; gli stessi soggetti possono essere sponsor commerciali di eventi in conformità a quanto indicato nell'allegato n. 3 del presente provvedimento.

- L'Accordo Stato Regioni ECM n. 101/CSR, sottoscritto il 19 aprile 2012, introduce alcune limitazioni quanto alla attività formativa erogabile da parte di alcuni provider qualificati quali "soggetti privati non erogatori di prestazioni sanitarie".

- Per tali provider sono infatti definite le due seguenti categorie:

a) coloro che hanno come attività prevalente l'obiettivo formativo ECM (oltre il 50% delle risorse economiche rilevabili dal bilancio dell'anno di riferimento);

b) coloro che hanno, oltre all'obiettivo formativo ECM, quale attività prevalente quella di organizzazione di congressi, attività di tour operator, agenzie di viaggi e/o società di servizi ed altro (oltre il 50% delle risorse economiche rilevabili dal bilancio dell'anno di riferimento).

I soggetti che rientrano nella categoria b) possono erogare attività formativa esclusivamente nel rispetto di quanto previsto a pag. 6 dell'allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012.



- L' Accordo Stato Regioni ECM n. 101/CSR, sottoscritto il 19 aprile 2012, recepisce la determinazione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua 8 ottobre 2010 concernente la materia delle violazioni (allegato 2). Se ne raccomanda una scrupolosa analisi data l'importanza delle fattispecie in esso contenute e le conseguenze legate al riscontro di determinati comportamenti.

- Il provider ha l'obbligo di comunicare all'Ente accreditante, la data, la sede e il programma finale di ogni evento che organizza, attraverso il caricamento a sistema dei dati con almeno 30 giorni di anticipo per la Formazione a Distanza e 15 giorni per le rimanenti tipologie formative. Il mancato rispetto dei termini previsti determina l'impossibilità di accreditare l'evento

- Il provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% della attività formativa programmata attualmente (Accordo Stato Regioni ECM n. 101/CSR, all. 1, pag. 26).

- Il Provider deve redigere e trasmettere all'ente accreditante, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno precedente con indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati (Accordo Stato Regioni ECM n.101/CSR, all. 1, pag. 28).



**REQUISITI RICHIESTI PER L'ACCREDITAMENTO ECM-CPD
IN QUALITA' DI PROVIDER REGIONALE LOMBARDO**

	REQUISITI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE	
		Provider Pubblici (erogatori e non erogatori di prestazione sanitarie)	Provider Privati (erogatori e non erogatori di prestazione sanitarie)
	Ragione/Denominazione Sociale	Richiesto il riferimento normativo dell'Atto costitutivo/Statuto	Richiesto Atto costitutivo/Statuto dal quale si evinca come mission la formazione in sanità (anche se non a titolo esclusivo).
SOGGETTO/ANAGRAFICA	Sede legale	L'indicazione della sede stabile in Italia dovrà essere effettuata su sistema informatico	L'indicazione della sede stabile in Italia dovrà essere effettuata su sistema informatico La stessa si evince dall'atto costitutivo/statuto/ ovvero è attestata dal legale rappresentante
	Sede operativa	L'indicazione della sede stabile nella regione di appartenenza dell'Ente accreditante dovrà essere inserito sul sistema informatico	L'indicazione della sede stabile nella regione di appartenenza dell'Ente accreditante dovrà essere inserito sul sistema informatico e dovrà risultare dall'atto costitutivo/statuto parlare con Roberta
	Legale Rappresentante	Richiesto il riferimento normativo dell'atto di nomina del legale rappresentante	Richiesto atto di nomina del legale rappresentante
	Mission		Nell'atto costitutivo/statuto deve essere fatta menzione esplicita del fatto che il soggetto svolga attività nel campo dell'Educazione Continua in Medicina (anche se in modo non esclusivo)

Il possesso di tali requisiti deve essere attestato dal provider attraverso l'inserimento dei dati relativi all'interno del sistema gestionale. I provider già accreditati (cioè coloro che hanno provveduto a fornire i dati sopra richiesti negli anni precedenti) hanno invece l'obbligo di comunicare all'indirizzo mail: ecm@eupolisilombardia.it, ogni variazione intervenuta rispetto alle informazioni già presenti nel database.



	REQUISITI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE	
		Provider Pubblici (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)	Provider Privati (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)
SOGGETTO/STRUTTURA FORMATIVA	Esperienza formativa	Esperienza triennale richiesta solo agli aspiranti provider o, in alternativa (se il provider non ha il triennio di esperienza formativa) si valuta l'evidenza di attività formative in ambito sanitario da parte dei componenti del Comitato tecnico Scientifico certificata da Legale Rappresentante dell'Ente.	
	Dichiarazione di Adeguatezza Risorse e Conformità locali ed attrezzature anche in riferimento alle norme in materia di previdenza	<p>A tutti i provider è richiesta una dichiarazione del Legale Rappresentante.</p> <p>1. Rispetto della normativa vigente in materia di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicurezza ▪ Prevenzione incendi ▪ Antinfortunistica ▪ destinazione d'uso degli spazi in cui si opera <p>2. Proprietà o disponibilità di locali, attrezzature, etc.</p> <p>3 Dichiarazione annuale del legale rappresentante in ordine al rispetto degli obblighi in tema di contributi previdenziali ed assistenziali da conservare agli atti e da esibire in sede di visita da parte di Eupolis Lombardia.</p> <p>(allegato 1A da aggiornare annualmente)</p>	
	Affidabilità economico-finanziaria	<p>Richiesto budget complessivo destinato alle attività formative nel documento Piano Formativo Aziendale a firma del legale rappresentante/responsabile della formazione .</p> <p>Evidenziare in quale percentuale è intervenuta, nel finanziamento delle attività ECM, la sponsorizzazione commerciale o la eventuale altra fonte di finanziamento.</p>	



	REQUISITI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE	
		Provider Pubblici (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)	Provider Privati (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)
SOGGETTO/STRUTTURA FORMATIVA	Certificazione ISO 9001:2008	<p>A tutti i soggetti è richiesto il certificato ISO 9001:2008.</p> <p>Per i soggetti accreditati con il SSR è sufficiente produrre la certificazione Area 38;</p> <p>Per ARPA e AREU Area 35 e per tutti gli altri soggetti Area 37.</p> <p>Obbligatorio per le SEDI OPERATIVE di tutti i soggetti accreditati</p> <p>La certificazione ISO ha validità triennale.</p>	
	Documentazione antimafia		Richiesta dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del Legale Rappresentante. (allegato 1B)
	Organizzazione	<p>La struttura organizzativa di ogni provider deve prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabile Formativo; - Comitato Scientifico; - Organigramma della struttura - Responsabile Informatico 	<p>La struttura organizzativa di ogni provider deve prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabile Formativo; - Responsabile Amministrativo; - Comitato Tecnico Scientifico* - Responsabile Informatico <p>Di tutte le figure sopraindicate deve essere prodotto CV "rinnovo triennale" (allegato 1C) e atto di nomina (allegato 1D)</p> <p>*Il Comitato Tecnico Scientifico composto da almeno 2 componenti deve avere competenze scientifiche e andragogiche (almeno 1 componente)</p>



REQUISITI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE	
	Provider Pubblici (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)	Provider Privati (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)
Attività prevalente		<p><u>Provider privati NON erogatori di prestazioni sanitarie.</u> Ai fini del rispetto della regola contenuta nell'Accordo Stato Regioni 19 aprile 2012, all. 1, pagg. 5/6</p> <p>Dichiarazione del legale rappresentante (allegato 1E)</p>



	REQUISITI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE	
		Provider Pubblici (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)	Provider Privati (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)
PIANO FORMATIVO	Rilevazione ed analisi dei fabbisogni formativi	<ul style="list-style-type: none"> • Breve introduzione. • Rilevazione dei fabbisogni: strumenti utilizzati (modalità). • Periodicità (es. trimestrale, semestrale, annuale). • Target (soggetti a cui viene somministrato lo strumento di rilevazione dei fabbisogni). • Analisi dei fabbisogni: elaborazione dei dati (descrizione dei risultati), elaborazione grafica delle aree tematiche emerse e del target di riferimento corrispondente. • Criteri di traduzione dei fabbisogni in Piano: coerenza del budget con le attività formative previste; priorità delle attività formative aziendali (per i Provider pubblici); corrispondenza con la normativa di riferimento ECM-CPD; etc. <p>(allegato 1F, l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</p>	
	Piano Formativo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> • Breve premessa. • Tipologia formativa. • Titoli eventi. • Arco temporale svolgimento evento. • Sede svolgimento evento; • Destinatari; • Budget complessivo destinato alle attività formative. <p>(L'allegato 1G propone un modello che il provider è libero di utilizzare o meno; è comunque necessario che nel piano presentato siano presenti i requisiti obbligatori richiesti)</p> <p>I provider potranno presentare un Piano Formativo interamente costituito da un'unica tipologia formativa.</p>	



<p>Relazione attività annuale</p>	<p>Redazione di una relazione annuale sull'attività formativa svolta.</p> <p>La relazione annuale deve contenere i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> -elenco eventi realizzati -scostamenti del piano rispetto alla programmazione -partecipanti agli eventi (numero, professioni/specialità, crediti ECM attribuiti) -rilevazione statistica rispetto alla qualità percepita -budget consuntivo della formazione -percentuale fonti di finanziamento esterne (sponsorizzazioni e altro), rispetto alla totalità del piano relazione annuale sull'attività formativa <p>La relazione annuale deve essere trasmessa all'Ente accreditante entro 90 giorni dell'anno successivo (31 marzo)</p>
-----------------------------------	--



	REQUISITI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE	
		Provider Pubblici (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)	Provider Privati (erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie)
SCHEDA EVENTO PREVISIONALE	Programma/progetto	<p>TIPOLOGIA FORMATIVA</p> <p>Residenziale: titolo, obiettivi formativi, metodologia didattica, destinatari, responsabile scientifico, docenti, tutor, segreteria organizzativa, dettaglio del programma (orari e contenuti), soglia minima di partecipazione e crediti ECM (con riferimento alla normativa vigente), modalità di iscrizione all'evento.</p> <p>Formazione sul Campo: titolo, obiettivi formativi, metodologia didattica, professionisti coinvolti, responsabile scientifico, tutor, segreteria organizzativa, dettaglio del progetto (descrizione e durata), soglia minima di partecipazione e crediti ECM (con riferimento alla normativa vigente), materiale didattico utilizzato.</p> <p>Formazione a Distanza: per la descrizione dei contenuti di questa tipologia formativa si faccia riferimento alle indicazioni contenute nell'accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009.</p> <p>Formazione Blended (percorso misto): prevede la possibilità di erogare un evento formativo declinandolo in diverse tipologie formative.</p> <p>Vedi allegato IH Evento residenziale Vedi allegato II Progetto formazione sul campo Vedi allegato IJ Programma di formazione a distanza</p>	



SCHEDA EVENTO PREVISIONALE	Attività	Obbligatorio per tutti i soggetti	TIPOLOGIE FORMATIVE 1) Residenziale : <ul style="list-style-type: none"> • Corsi/Videoconferenza sincrona (nel territorio lombardo): - durata minima 4 ore per evento; - durata minima di ogni singolo incontro: 2 ore - partecipanti: minimo 5 fino ad un massimo di 30. • Congressi/convegni e workshop - durata minima 4 ore per evento; <p>* solo il docente/relatore può intervenire al di fuori del territorio lombardo.</p> <p>Il rinvio di attività formative verificate da Eupolis Lombardia nell'anno solare di riferimento e riferibili alle tipologie Corso residenziale e Congresso/Convegno/Workshop, potrà essere effettuato nell'anno successivo solo fino ad un massimo di una giornata ed entro il 31 gennaio dell'anno successivo. E' pertanto inibito l'accreditamento di intere edizioni le quali dovranno essere riportate nel Piano Formativo dell'anno successivo.</p>	Corsi /Videoconferenza sincrona : n. 1 credito/ora Congressi e convegni e workshop: n. 0,7 credito/ora
			REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI



SCHEDA EVENTO PREVISIONALE	Attività	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>2) Formazione sul campo (FSC)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partecipazione a commissioni/comitati; ▪ gruppi di miglioramento (GDM) <p>almeno n. 4 incontri della durata minima di 2 ore.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Audit clinico e /o assistenziale – durata dei progetti di almeno 2 mesi. ▪ Attività di addestramento (training individualizzato) comprende anche addestramento su nuove apparecchiature elettromedicali e/o software ▪ Attività di ricerca (almeno 6 mesi di attività). <p>Le uniche tipologie di Formazione sul Campo che potranno essere realizzate nell'anno solare successivo a quello dell'accREDITAMENTO e comunque entro il primo semestre sono: addestramento, attività di ricerca e audit clinico e/o assistenziale.</p> <p>3) Formazione a distanza (FAD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoapprendimento senza tutoraggio • Autoapprendimento con tutoraggio <p>La realizzazione delle attività FAD deve essere svolta entro e non oltre l'anno solare di accREDITAMENTO (dal 1 gennaio al 31 dicembre).</p> <p>4) Blended (percorso misto): prevede la possibilità di erogare un evento formativo declinandolo in diverse tipologie formative; i crediti da attribuire all'evento, così composto, saranno determinati dalla somma dei crediti attribuiti a ciascuna parte di tipologia formativa inserita.</p>	<p>Partecipazione a commissioni/comitati; gruppi di miglioramento(GDM): n. 2 crediti per ogni riunione/incontro (indicare numero totale di incontri e numero totale delle ore svolte dal professionista)</p> <p>Audit clinico e o assistenziale: n. 20 crediti per progetto della durata minima di almeno 2 mesi (indicare le ore totali: 2 mesi sono equivalenti ad almeno 24 ore).</p> <p>Attività di addestramento(training individualizzato): n.0,5 crediti/ora (massimo 30 crediti per singola iniziativa) comprende anche l'addestramento su nuove apparecchiature elettromedicali e/o software.</p> <p>Attività di ricerca: n. 10 crediti ogni 6 mesi (soggetti identificati che partecipano al progetto di ricerca)</p> <p>FAD Autoapprendimento senza tutoraggio: n. 1 credito/ora Autoapprendimento con tutoraggio: n.1,5 crediti/ora</p> <p>Il test di apprendimento con randomizzazione delle domande (diverse per ogni discente) dovrà essere composto da n. 5 domande a scelta multipla per ogni ora di formazione erogata.</p> <p>Blended: somma dei crediti attribuiti a ciascuna parte di tipologia formativa inserita</p>
----------------------------	----------	-----------------------------------	--	--

N.B. I provider non potranno rilasciare crediti per porzioni di evento inferiori all'unità temporale di riferimento.
Esempio: durata corso 4 ore e trenta minuti = 4 crediti riconoscibili



	REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE
SCHEDA EVENTO PREVISIONALE	Destinatari	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Per ogni categoria professionale deve essere indicato il numero dei partecipanti iscritti.</p> <p>A seconda del tipo di attività formativa realizzata, i discenti potranno provenire anche da altre Regioni.</p> <p>Nella tipologia formativa "FAD" i fruitori dovranno essere dipendenti del soggetto richiedente, ovvero professionisti del SSR Lombardo.</p> <p>Nella tipologia formativa "Blended", qualora il percorso misto preveda una parte di attività in presenza (corso residenziale) ed un una parte on line (FAD) resta fermo il limite di n. 30 partecipanti.</p> <p>Per quanto riguarda le "Medicine e pratiche non convenzionali": Fitoterapia, Medicina Omeopatica, Omotossicologia, Agopuntura, Medicina Ajurvedica e la Medicina Antroposofica, ai fini ECM, sono riservate in via esclusiva alle professioni di: Medico, Odontoiatra, Veterinario e Farmacista nell'ambito delle rispettive competenze professionali. (Accordo Stato Regioni 19/04/2012)</p>
	Area di riferimento	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Per i professionisti che svolgono anche attività commerciali non sono accreditabili, all'interno del Sistema Lombardo ECM-CPD, i corsi di marketing o i corsi in materie fiscali ed in generale i corsi di attività prettamente commerciale che non siano attinenti all'ambito sanitario. (Accordo Stato Regioni 19/04/2012)</p> <p>Per tutto quello che riguarda le altre attività formative comprese nelle medicine non convenzionali, il piano stesso sarà trasmesso alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) per la valutazione della compatibilità.</p>
	Date di realizzazione dell'evento	Obbligatorio per tutti i soggetti	Indicare la data di inizio e la data di fine dell'erogazione di ogni singolo evento.



	Sede di realizzazione dell'evento	Obbligatorio per tutti i soggetti	<ul style="list-style-type: none"> • Per i provider appartenenti al GRUPPO A – SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE (d.g.r. n. IX/4776 del 30.01.2013, allegato 1 paragrafo 2.2.1, criterio 1) i piani formativi che contengono eventi residenziali o di formazione sul campo dovranno essere realizzati sul territorio lombardo. • Per gli eventi residenziali realizzati al di fuori del territorio lombardo o all'estero, i provider dovranno sottoporre la richiesta di accreditamento alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) che, in collaborazione con l'ente accreditante, procederà all'accREDITAMENTO stesso. <p>PROCEDURA: E' reperibile sul sito di Agenas. In ogni caso il provider dovrà inviare ad Eupolis Lombardia, almeno 20 giorni prima della realizzazione dell'evento, tramite posta elettronica all'indirizzo cmf@eupolis.lombardi.it una informativa riguardante gli eventi posti in accREDITAMENTO.</p> <p>Gli eventi realizzati al di fuori del territorio lombardo o all'estero non devono essere inseriti all'interno del piano formativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per i provider appartenenti al GRUPPO B – SOGGETTI NON EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE (dgr n. IX/4776 del 30.01.2013, allegato 1, paragrafo 2.2.1, criterio 1), la presenza all'interno del piano formativo di un solo evento da realizzarsi al di fuori del territorio lombardo, determina l'obbligo di sottoporre la richiesta di accREDITAMENTO dell'intero piano formativo direttamente alla CNFC.
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--



	REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE	ATTRIBUZIONE CREDITI
	personale formativo/discendente	Obbligatorio per tutti i soggetti	<ul style="list-style-type: none"> - Nel rispetto dei criteri di partecipazione di seguito dettagliati previsti per ciascun ruolo (docente/tutor/relatore/responsabile scientifico/discendente), il professionista che riveste contemporaneamente più ruoli in un evento organizzato in un'unica edizione ai fini dell'attribuzione dei crediti dovrà effettuare la scelta di un solo ruolo. - Il professionista sanitario che nello stesso anno partecipa a più edizioni dello stesso evento con ruoli diversi (docente/tutor/relatore/responsabile scientifico) può acquisire i crediti per ciascun ruolo purchè in edizioni diverse. - Pertanto non è consentito sommare crediti di più edizioni dello stesso evento nello stesso ruolo. 	I crediti saranno attribuiti in relazione ruolo scelto
SCHEDE EVENTO PREVISIONALE	Responsabile Scientifico	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Il Responsabile Scientifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • è garante scientifico e supervisore del gruppo di lavoro coinvolto; • monitora l'apprendimento e valuta il progetto; • possiede competenze andragogiche; • redige una relazione finale sulla valutazione dell'evento; • può essere responsabile scientifico di uno o più eventi/edizioni; • per ogni evento deve essere indicato un solo responsabile scientifico. <p>Formazione Residenziale: Corso, il Responsabile Scientifico può anche effettuare attività di docenza all'interno dell'evento; in nessun caso può essere anche partecipante.</p> <p>Convegno/congresso, all'interno di un convegno il Responsabile Scientifico può ricoprire anche il ruolo di relatore ma non di partecipante.</p> <p>Formazione sul Campo (FSC): il Responsabile Scientifico può anche essere partecipante.</p> <p>Formazione a distanza (FAD): il Responsabile Scientifico può anche essere docente, ma in nessun caso partecipante.</p> <p>Dichiarazione relativa al conflitto di interessi (aggiornare ogni anno) OBBLIGATORIA, DA CONSERVARE AGLI ATTI Vedi allegati 1K e 1L.</p>	10% dei crediti attribuiti alla prima edizione di ciascun evento.



SCHEDA EVENTO PREVISIONALE	Docente, Autore di testi per FAD, Relatore per convegni	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Formazione Residenziale: Corso, la figura prevista è quella del docente il quale può essere anche responsabile scientifico, ma in nessun caso partecipante; Convegno/congresso, la figura prevista è il relatore il quale può essere anche responsabile scientifico;</p> <p>Formazione sul Campo (FSC): non è prevista la figura del docente.</p> <p>Formazione a distanza (FAD): il docente è autore del materiale didattico fruito dai partecipanti e può essere responsabile scientifico, ma in nessun caso può essere partecipante.</p> <p>Non è prevista la figura del Moderatore</p> <p>Dichiarazione relativa al conflitto di interessi (aggiornare ogni anno) OBBLIGATORIA, DA CONSERVARE AGLI ATTI Vedi allegati 1K e 1L.</p>	<p>Impossibilità di acquisire crediti per docenze ripetute a più edizioni di uno stesso evento formativo</p> <p>Docente/ Autore di testi per FAD: n. 1 credito/ora Relatore: n. 2 crediti per ogni relazione o "poster".</p>
	Tutor	Facoltativo per tutti i soggetti	<p>La figura del Tutor non può assumere altri ruoli nell'ambito dello stesso evento</p> <p>Non è prevista la figura del tutor nella tipologia formativa congressi/convegni</p> <p>Dichiarazione relativa al conflitto di interessi - OBBLIGATORIA, DA CONSERVARE AGLI ATTI Vedi allegati 1K e 1L.</p>	<p>Tutor d'aula e FAD: n. 0,5 credito/ora Tutor Fsc: A) attività addestramento (training individualizzato) comprende anche l'addestramento su nuove apparecchiature elettromedicali e o software: n.0,2 crediti ora. B) Gruppo di Miglioramento; Commissioni/Comitati: 1 credito per incontro.</p>
	Sponsor	Facoltativo per tutti i soggetti	Qualora uno o più eventi - o l'intero piano formativo - siano sponsorizzati, è obbligatorio inserire il relativo contratto di sponsorizzazione. Vedi allegati 1M e 1N	



	REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE
SCHEDA EVENTO PREVISIONALE	Valutazione	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p><i>Customer satisfaction</i>: obbligatoria in forma anonima per tipologia formative: corsi/videoconferenza sincrona, convegni/congressi/workshop e FAD. Non è obbligatoria per la Formazione Sul campo Vedi allegato 10</p> <p><i>Valutazione dell'apprendimento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corsi/videoconferenza sincrona, obbligatoria indipendentemente dalla durata dell'evento; per il superamento del test finale è necessario fornire la risposta esatta ad almeno l'80% delle domande; ✓ convegni/congressi/workshop: obbligatoria indipendentemente dalla durata dell'evento fino a n. 200 partecipanti, per il superamento del test finale è necessario fornire la risposta esatta ad almeno l'80% delle domande; ✓ Formazione sul campo: obbligatoria per tutte le tipologie; ✓ Formazione a distanza (FAD): test randomizzato composto da almeno n. 5 domande a scelta multipla per ogni ora di formazione erogata. Per il superamento del test finale è necessario fornire la risposta esatta ad almeno l'80% delle domande. <p><i>Ricaduta organizzativa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ciascun provider dovrà individuare in fase di progettazione le tipologie formative meritevoli di misurazione della ricaduta organizzativa <p>Vedi allegato 1 P (l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</p>
	Partecipanti	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Per ogni categoria professionale indicare il numero di partecipanti effettivi. Per l'inserimento a sistema della relativa professione e disciplina saranno fornite successive indicazioni operative. Si precisa che ai fini dell'invio del flusso Agenas possono essere computati i solli professionisti sanitari destinatari ECM (e non anche altri partecipanti quali, ad esempio, personale amministrativo, altre professioni non sanitarie).</p> <p>Vedi allegato 1Q (l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</p>
SCHEDA EVENTO REALIZZATO	Relazione Responsabile Scientifico	Obbligatorio per tutti i soggetti	Relazione dettagliata relativa alla valutazione dell'evento.
	Attestato crediti	Obbligatorio per tutti i soggetti (per le Pubbliche Amministrazioni nel rispetto delle disposizioni di cui al Dpr n. 445/2000)	<p>Gli attestati dovranno riportare la firma del legale rappresentante in forma autografa/digitale o suo delegato</p> <p>Allegato 1R attestato crediti residenziale Allegato 1S attestato crediti FSC Allegato 1T attestato crediti FAD pura Allegato 1U attestato percorso Blended Allegato 1V attestato crediti formazione individuale(formazione all'estero)</p>
	Budget evento formativo	Obbligatorio per tutti i soggetti	Indicare l'importo effettivo di spesa

ATTIVITA' FORMATIVA TRANSFRONTALIERA

Per quanto riguarda l'attività formativa transfrontaliera, essa comprende le attività formative organizzate dalle Regioni e Province italiane prossime ad un confine con uno Stato estero con il quale sono in corso, in materia sanitaria, rapporti di reciproca collaborazione (ad esempio accordi bilaterali, protocolli di intesa,...); per consolidare i rapporti esistenti tra Stati limitrofi, è previsto quanto di seguito illustrato fermo restando che ogni Provider transfrontaliero dovrà sottoporre la richiesta di accreditamento alla propria Regione:

un Provider italiano "transfrontaliero" potrà organizzare attività formative nelle regioni dello Stato estero confinante e potrà erogare l'intera attività formativa (o parte di essa) in tale sede.

In tale ipotesi, gli eventi verranno accreditati dalle Regioni/Province transfrontaliere che rilasceranno i crediti analogamente a quanto avviene per le attività realizzate nel proprio ambito territoriale.

Per essere riconosciute come attività formative transfrontaliere, le attività devono soddisfare i seguenti requisiti:

- accordi bilaterali, protocolli d'intesa stipulati tra regioni, province autonome italiane e la Regione/Cantone dello Stato estero confinante.
- Provider accreditato presso la regione/provincia autonoma.
- Una parte dell'attività o l'intera attività si svolge presso una sede della regione/cantone dello Stato estero confinante.
- Sede di svolgimento all'estero preferibilmente, ma non esclusivamente, di tipo istituzionale (es. ospedale, università, ecc.).
- Tematica di comune interesse per le regioni confinanti.



ULTERIORI PRECISAZIONI IN ORDINE ALLE REGOLE DI ACCREDITAMENTO

I Curricula del Responsabile Scientifico, Docente, Relatore, Autore di testi per FAD e Tutor, in relazione ad ogni evento realizzato dal provider, dovranno essere conservati agli atti completi dei seguenti requisiti:

- CV- Formato europeo
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali
- Data
- Firma

Vedi allegato 1C (i cv dovranno essere aggiornati almeno ogni 3 anni)

Non sarà possibile assegnare più di 50 crediti a ciascuna iniziativa formativa ad eccezione dell' Attività di addestramento (training individualizzato) che comprende anche l'addestramento su nuove apparecchiature elettromedicali e o software e che consente di acquisire al massimo n. 30 crediti.

- Tutti i documenti (utili all'accREDITamento) dovranno essere prodotti in copia scansionata dall'originale e salvati in file (massimo di 5 megabyte) con estensione PDF o DOC, fermo restando, in ogni caso, la responsabilità del Legale rappresentante rispetto alla veridicità di quanto trasmesso.
I documenti scansionati e inseriti nel gestionale dovranno essere conservati agli atti e potranno essere oggetto di controllo nell'ambito delle visite ispettive/verifica effettuate. La documentazione richiesta per l'accREDITamento ECM-CPD dovrà essere conservata per almeno 5 anni.
I provider che utilizzano sistemi operativi "MACINTOSH" devono caricare gli allegati in modalità compressa (ZIP) all'interno del sistema ECM, per evitare eventuali problemi di codifica con i sistemi Microsoft.
- Tutti i documenti da inviare a Eupolis Lombardia attraverso il sistema gestionale dovranno essere prodotti su carta intestata del Provider.
- E' responsabilità del provider monitorare le scadenze delle autocertificazioni prodotte ed inserite nel sistema ECM –CPD.
- La formazione ECM non può essere considerata titolo sufficiente alla abilitazione all'esercizio di una specifica branca sanitaria ed esaustivo dell'obbligo di garantire la sicurezza nei confronti dei cittadini, fatto salvo quanto diversamente previsto dalle norme in vigore (obiettivi formativi indicati dalle norme specifiche per particolari categorie di operatori sanitari).
- I crediti formativi rilasciati ai professionisti della sanità da un Provider accreditato a livello regionale nel rispetto delle regole che governano il sistema ECM hanno valore sul territorio nazionale.
- Tutte le modifiche effettuate nell'anagrafica del provider all'interno del sistema gestionale, ad eccezione dei riferimenti telefonici e degli indirizzi mail, dovranno essere anticipate tramite comunicazione elettronica al seguente indirizzo mail ecm@eupolislombardia.it.



ALLEGATO N. 2 FORMAZIONE INDIVIDUALE

Il professionista sanitario può acquisire i crediti formativi relativi all'Educazione Continua in Medicina anche attraverso la formazione individuale ovvero partecipando ad eventi formativi esterni all'azienda, non inclusi nel Piano formativo aziendale.

Le tipologie formative riconosciute sono:

- Formazione all'estero;
- Attività di tutoraggio;
- Pubblicazioni scientifiche;
- Autoformazione

La formazione individuale (all'estero) può essere riconosciuta, qualora il professionista sanitario sia un dipendente, dall'azienda di appartenenza, se libero professionista, dall'Ordine/Associazione di riferimento. La modalità di rendicontazione e di trasmissione per la formazione all'estero sono attualmente in fase di definizione da parte della CNFC. Ogni nuova indicazione in merito verrà comunicata attraverso la piattaforma regionale dedicata: www.ecm-regione.lombardia.it

L'attività di tutoraggio comprende anche: tutoring per tirocini di valutazione e/o obbligatori (esame di abilitazione-internato studenti in medicina-formazione MMG-professioni sanitarie).

Le altre tre tipologie formative sopra citate saranno rendicontate per tutti i professionisti sanitari dall'Ordine/Associazione di riferimento nella misura e nei limiti dagli stessi stabiliti.

FORMAZIONE ESTERNA

Qualora il professionista sanitario partecipi ad eventi formativi ECM presso provider accreditati sul territorio regionale o nazionale, saranno gli stessi a provvedere alla attribuzione e rendicontazione dei crediti formativi come chiarito nelle Linee Guida di agosto 2014 consultabili dalla sezione "news" della piattaforma ECM.



FORMAZIONE INDIVIDUALE

Tipologia formativa	Evidenza documentale	Ruolo e compiti del professionista	Compiti dell'azienda di appartenenza	Crediti formativi
<p>Formazione all' estero (Per professionisti sanitari dipendenti)</p>	<p><u>A cura del professionista:</u> Documentazione a supporto della formazione svolta: autocertificazione con allegati: programma, abstract, relazioni illustrative</p> <p><u>A cura dell'azienda estera:</u> attestato di partecipazione con indicazione del numero di crediti acquisiti</p>	<p><u>Ruoli:</u> partecipante, docente, tutor, responsabile scientifico, relatore, stagista e ricercatore</p> <p><u>Compiti:</u> il professionista, trasmette alla struttura formativa dell'azienda di appartenenza l'attestato di partecipazione e la documentazione prodotta.</p>	<p>A consuntivo, la azienda di appartenenza trasmette un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista a livello internazionale e rilascia l'attestato con i crediti commutati sulla base della durata dell'evento e secondo i criteri rispettivamente adottati da Regione Lombardia</p>	<p>Valutazione del Collegio Tecnico Aziendale:</p> <p><u>Responsabile scientifico:</u> 10% dei crediti attribuiti alla 1^a edizione dell'iniziativa;</p> <p><u>Docente:</u> n. 1 credito/ora</p> <p><u>Relatore:</u> fino a n. 2 crediti per ogni relazione o "poster";</p> <p><u>Ricercatore:</u> n. 10 crediti ogni 6 mesi;</p> <p><u>Stagista:</u> n. 2 crediti per ogni settimana di attività (almeno 16 ore nell'arco di una settimana);</p> <p><u>Tutor FSC</u> n. 0,2 crediti ora</p> <p><u>Partecipante:</u> n.1 credito/ora per corso residenziale n. 0,7 crediti/ora per Convegno/Congresso n. 1 credito/ora FAD Autoapprendimento senza tutoraggio n.1,5 crediti per ogni ora FAD Autoapprendimento con tutoraggio E' previsto l'abbattimento del 50% dei crediti attribuiti all'evento fino a un massimo di 25 crediti.</p> <p>Es.:</p> <p>n. 50 ore= 25 crediti n. 70 ore= 25 crediti n. 12 ore= 6 crediti</p>



DOSSIER FORMATIVO

L'individuazione e la ripartizione tra i livelli istituzionali (nazionali, regionali, aziendali) degli obiettivi formativi costituisce una misura di riferimento e di bilanciamento delle competenze e delle responsabilità, atteso che tali obiettivi devono poi concretamente articolarsi ed armonizzarsi nel dossier formativo di ogni singolo professionista e/o di équipe, all'interno del quale assumono rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

- finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza (**obiettivi formativi tecnico-professionali**).
- Finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono, dunque ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione (**obiettivi formativi di processo**).
- Finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono di norma a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali (**obiettivi formativi di sistema**).

Il dossier formativo rappresenta dunque, sul piano pratico, il prodotto di queste tre dimensioni della formazione; in altre parole, definisce il volume dei bisogni da soddisfare/soddisfatti di quel professionista, inserito in quello specifico processo di produzione di attività sanitarie, parte costitutiva di un sistema più generale di tutela della salute.

OBIETTIVI FORMATIVI NAZIONALI

Si riportano gli obiettivi formativi nazionali stabiliti nel documento Agenas allegato D "Specifiche funzionali del tracciato contenente i crediti attribuiti ai partecipanti di attività formative ECM" versione 1.14 luglio 2014". Si invita a verificare sul sito di Agenas periodicamente eventuali ulteriori aggiornamenti.

- 1) **APPLICAZIONE NELLA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)**
- 2) **LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE**
- 3) **DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA**
- 4) **APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA**
- 5) **PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE**
- 6) **LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT**
- 7) **LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO**
- 8) **INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE**
- 9) **INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA**
- 10) **EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI**
- 11) **MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI (vedi nota 1)**
- 12) **ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE**
- 13) **METODOLOGIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE SOCIALE PER LO SVILUPPO DEI PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PREVENZIONE PRIMARIA**
- 14) **ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI. LA CULTURA DELLA QUALITÀ**
- 15) **MULTICULTURALITÀ E CULTURA DELL'ACCOGLIENZA. NELL'ATTIVITÀ SANITARIA**

- 16) ETICA, BIOETICA E DEONTOLOGIA
- 17) ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA : I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN
- 18) CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
- 19) MEDICINE NON CONVENZIONALI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN RAGIONE DEGLI ESITI E DEGLI AMBITI DI COMPLEMENTARIETÀ'
- 20) TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI TECNICO-PROFESSIONALI
- 21) TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO. PALLIAZIONE
- 22) FRAGILITÀ (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
- 23) SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE
- 24) SANITÀ VETERINARIA
- 25) FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA
- 26) SICUREZZA AMBIENTALE E/O PATOLOGIE CORRELATE
- 27) SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE
- 28) IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO
- 29) INNOVAZIONE TECNOLOGICA: VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
- 30) EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO
- 31) EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA
- 32) TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO
- 33) TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA

Professionista soggetto all'obbligatorietà di crediti ECM

Per assolvere al debito formativo triennale, stabilito in 150 crediti ECM, il professionista sanitario dovrà obbligatoriamente partecipare a diverse tipologie formative di evento. Per le tipologie formative convegni, congressi, formazione sul campo (**Commissioni/Comitati; Gruppi di miglioramento (GDM); Attività di ricerca**), si precisa che le stesse non potranno eccedere il 60% dell'intero monte crediti triennale (150). L'attività di docenza e tutoring è soggetta allo stesso limite.

h3

**TABELLA ESPLICATIVA IMPUTAZIONE CREDITI ECM – CPD
PERSONALE SANITARIO**

TIPOLOGIA E ATTIVITA' FORMATIVA:	SOGLIA MASSIMA ACQUISIZIONE CREDITI
FORMAZIONE INDIVIDUALE (formazione all'estero per professionisti sanitari dipendenti)	E' previsto l'abbattimento del 50% dei crediti attribuiti all'evento fino massimo di 25 crediti annui. Es.: n. 50 ore= 25 crediti n. 70 ore= 25 crediti n. 12 ore= 6 crediti
FAD	Massimo 50 % del debito formativo annuale (max 25 crediti).
CONVEGNI, CONGRESSI, FORMAZIONE SUL CAMPO (Commissioni/Comitati; Gruppi di miglioramento (GDM) Attività di ricerca)	Massimo 60% del debito formativo triennale (pari a n. 90 crediti su 150)
ATTIVITA' DI DOCENZA E TUTORING	Massimo 60% del debito formativo triennale (pari a n. 90 crediti su 150)

ESONERO CREDITI

In riferimento all'esonero dei crediti si recepisce quanto stabilito dalla determina della Commissione Nazionale Formazione Continua del 17 luglio 2013.
Nessuna regola a sistema

12/8

ALLEGATO N. 3

SPONSORIZZAZIONE

La sponsorizzazione in sanità, tipologia di finanziamento privato tra le più diffuse, è un contratto atipico, a titolo oneroso, mediante il quale una parte (sponsee) si impegna ad offrire spazi per la pubblicità del nome (denominazione sociale e commerciale, logo e marchio) e di eventuali messaggi scritti o audiovisivi, non mai riferenti nomi di specifici prodotti sanitari, nei confronti di un'altra (sponsor) a fronte di un corrispettivo in denaro, beni o servizi. Essa costituisce fonte regolata di finanziamento di manifestazioni convegnistiche e congressuali; può divenire finanziamento di programmi formativi, elaborati e organizzati in forma di eventi residenziali e a distanza da parte di soggetti pubblici e privati.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha indicato poche, ma significative determinazioni; tra queste due sono fondamentali:

- la prima stabilisce che nessun soggetto che produca, distribuisca, commercializzi e pubblicizzi prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, alimenti per infanzia, dispositivi medici possa organizzare direttamente o indirettamente eventi formativi in ECM (in nessun caso i soggetti precedentemente indicati potranno diventare Provider).
I Provider ECM al momento della registrazione al sistema gestionale dovranno sottoscrivere una autocertificazione (ex DPR 445/2000), nella quale dichiareranno di non appartenere a nessuna delle categorie professionali sopra elencate (vedi il DM Salute n.46/2005 che modifica il regolamento n. 500 del 6 aprile 1994);
- la seconda determinazione prevede che il Provider e tutte le figure professionali coinvolte nell'erogazione di ogni singolo evento non si trovino nella “**fattispecie**” di conflitto di interessi e a tal fine dovranno sottoscrivere una dichiarazione, così come previsto dalla norma contenuta nella legge n. 326/2003, art. 48 comma 25.

Resta in ogni caso confermato che:

- **il conflitto di interessi** è la condizione in cui un soggetto occupa contemporaneamente due ruoli differenti con possibilità di influenza determinante di un ruolo sull'altro;
- **il conflitto d'interessi in sanità** è la condizione in cui il giudizio professionale, per sua natura improntato alla deontologia e finalizzato alla tutela della salute dell'individuo, può essere influenzato da un interesse secondario sia esso economico, personale o d'altra natura;
- **il conflitto d'interessi nella formazione ECM**, è la condizione in cui si trova un professionista che non ha esplicitamente dichiarato eventuali collaborazioni di qualsiasi natura, intrattenute con una qualsiasi società o ente, inerenti alla tematica dell'evento, così da rischiare di compromettere completezza e oggettività dell'informazione scientifica.

Si evidenzia inoltre che **il conflitto d'interessi** sussiste anche se un docente/relatore/moderatore è chiamato a partecipare ad un evento ECM, all'interno del quale si discute di trattamenti diagnostici o terapeutici, di dispositivi o applicativi software, sponsorizzato da un'azienda che lo ha remunerato in forma diretta o indiretta.

Si richiamano da ultimo le disposizioni in materia di anticorruzione di cui alla Legge 06/11/2012 n. 190 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 13/11/2011.

REGOLE PER LA SPONSORIZZAZIONE: DISCIPLINA DEI RAPPORTI TRA SPONSOR E PROVIDER

Il provider è responsabile in ordine alle decisioni da adottare che devono essere scelse da qualsivoglia influenza da parte di aziende commerciali e nel rispetto delle disposizioni in materia di anticorruzione di cui alla Legge 06/11/2012 n. 190 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 13/11/2011.

INDIPENDENZA

Il provider ha la responsabilità di mantenere indipendente dallo sponsor:

- rilevazione dei fabbisogni formativi;
- individuazione degli obiettivi formativi;
- individuazione dei contenuti formativi;
- verifica delle fonti didattiche;
- individuazione delle persone fisiche e giuridiche che possono avere influenza sui contenuti formativi;
- individuazione delle tecniche didattiche;
- valutazione degli effetti della formazione;

Risoluzione dei conflitti di interesse

- Qualsiasi influenza in ordine ai contenuti formativi di un evento, dovrà essere obbligatoriamente dichiarata al provider che è responsabile anche della trasparenza di qualsiasi rapporto economico che lo lega ad aziende commerciali, pena la revoca dell'accreditamento; il succitato obbligo coinvolge tutte le figure che intervengono nel processo formativo (es. Responsabile Scientifico, Docenti, Tutor, Relatore, Autori di testo ecc.) e, pertanto, l'inosservanza dell'obbligo di pubblicità nei rapporti commerciali, comporterà l'esclusione da qualsiasi ruolo nell'ambito dell'organizzazione di attività ECM.
- I componenti degli organi direttivi del provider e i loro parenti ed affini fino al 2° grado, non possono detenere partecipazioni azionarie o quote societarie, assumere cariche all'interno dell'organizzazione dei soggetti che ne sponsorizzano gli eventi o ricavare benefici e partecipazioni economiche dagli stessi.
- Per potere accedere al sistema ECM, il provider deve dimostrare di avere sviluppato meccanismi/processi idonei ad individuare e risolvere i conflitti di interesse.

Uso lecito dei contributi economici

- Le scelte relative all'utilizzo dei contributi economici, lecitamente ricevuti, devono essere effettuate esclusivamente dal provider.
- Il provider non può accettare da un'azienda commerciale indicazioni in ordine a eventi formativi (ad esempio individuazione di progettisti, docenti, partecipanti, contenuti formativi) come condizione subordinata all'erogazione di contributi o servizi.
- Termini, condizioni e finalità dei contributi economici devono risultare da un contratto sottoscritto sia dallo sponsor che dal Provider (sponsee).
- Il contratto deve obbligatoriamente indicare gli estremi dell'azienda commerciale che corrisponde al contributo economico.
- Il provider deve obbligatoriamente essere dotato di procedure di evidenza che certifichino i processi amministrativi in ordine all'entità degli onorari e/o emolumenti previsti per i progettisti, docenti e per tutte le figure professionali coinvolte nell'organizzazione e nella realizzazione di propri eventi formativi.
- Tali onorari/emolumenti devono essere necessariamente corrisposti dal provider; nessun ulteriore contributo potrà essere corrisposto alle figure sopra elencate ed a nessun titolo.
- I Progettisti e i docenti non possono partecipare ad un evento anche in qualità di discenti.
- In occasione di eventi ECM realizzati con attività diverse da quelle formative (es. pranzi o cene, presentazioni commerciali, ...) non potranno essere effettuate anche attività didattiche.
- Il provider non potrà utilizzare il contributo economico per effettuare pagamenti di: viaggi, alloggi, onorari, spese di personale non direttamente coinvolto nell'attività ECM e spese personali.
- Il provider dovrà esibire rendicontazione dettagliata in ordine alla destinazione del contributo economico ricevuto.



Regolamentazione delle attività di promozione commerciale in occasione di eventi

- Accordi relativi a presentazioni o esposizioni di carattere commerciale o pubblicitario non possono, in alcun modo, interferire con l'attività formativa.
- La distribuzione di materiale di promozione o pubblicitario di ogni tipo è proibita all'interno dello spazio didattico durante le attività ECM.
- Dimostrazioni presso stand, presentazioni, diffusione di materiale promozionale stampato o informatico, non dovranno avvenire all'interno dell'aula.

Inoltre:

- Il materiale promozionale e pubblicitario stampato non potrà essere inserito tra il materiale didattico.
- Qualora la diffusione del materiale didattico avvenisse con l'ausilio di strumenti informatici (slide), gli estremi dello sponsor non potranno apparire sullo schermo sotto forma di "finestre", o in altra maniera, durante la fruizione dei contenuti didattici.
- Qualora la diffusione del materiale didattico avvenisse con l'ausilio di "audio" o "video", i contenuti didattici non dovranno essere interrotti da attività di promozione (es. spot pubblicitari).
- In caso di attività didattiche "frontali" il materiale promozionale e pubblicitario non potrà essere distribuito all'interno dell'aula immediatamente prima, durante e dopo l'attività didattica; nessun rappresentante di aziende commerciali potrà effettuare attività di promozione all'interno dell'aula o dello spazio didattico.
- Il materiale didattico relativo ad un'attività ECM (dispense, slide, abstract) non potrà contenere pubblicità o messaggi promozionali (es. esempio nomi commerciali di prodotti o aziende farmaceutiche).
- Il provider non potrà in alcun modo destinare il contributo economico di aziende commerciali o parte di esso per sostenere i costi relativi alla partecipazione ad attività ECM dei propri partecipanti né potrà distribuire materiale per la loro autoformazione.

Assenza di influenza di interessi commerciali su contenuti e struttura delle attività

- I contenuti e la struttura degli eventi ECM nonché i relativi materiali didattici, dovranno perseguire lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti e in generale del sistema sanitario; in nessun caso i suddetti contenuti potranno essere influenzati da specifici interessi commerciali ed economici di soggetti.
- Durante l'attività didattica, le "esposizioni" clinico scientifiche devono esporre una visione equilibrata delle opzioni terapeutiche applicabili e l'uso dei nomi dei principi attivi favorisce tale equilibrio.

Allegato 4
PROCEDURE E SCADENZE DI ACCREDITAMENTO

I^ FASE AVVIO REGISTRAZIONE/CREAZIONE PIANO FORMATIVO	
<p style="text-align: center;"><u>ASPIRANTI PROVIDER</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Registrazione al sistema gestionale lombardo ECM-CPD; ■ Conferma e notifica di avvenuta registrazione da parte della Direzione Generale Salute ; ■ Abilitazione da parte di Èupolis Lombardia; ■ <u>PIANO FORMATIVO</u> I Provider devono inserire nel sistema gestionale ogni evidenza attestante l'adozione del piano formativo annuale entro e non oltre il 15 marzo di ogni anno. ■ <u>ULTERIORE DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALL'ISTRUTTORIA</u> ■ I provider dovranno inserire all'interno del sistema gestionale ECM l'ulteriore documentazione prevista ed effettuare l'avvio dell'<u>istruttoria principale</u> entro il 15 marzo di ogni anno. 	<p style="text-align: center;"><u>PROVIDER GIA' ACCREDITATI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Creazione del Piano formativo nel Sistema gestionale ECM-CPD lombardo dopo aver effettuato la login attraverso user e password; ■ Abilitazione da parte di Èupolis Lombardia; ■ <u>PIANO FORMATIVO</u> ■ I Provider devono inserire nel sistema gestionale ogni evidenza attestante l'adozione del piano formativo annuale entro le scadenze indicate dalla Direzione Generale Salute e comunque non oltre il 15 marzo di ogni anno. ■ <u>ULTERIORE DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALL'ISTRUTTORIA</u> ■ I provider dovranno inserire all'interno del sistema gestionale ECM l'ulteriore documentazione prevista ed effettuare l'avvio dell'<u>istruttoria principale</u> entro il 15 marzo di ogni anno.
II^ FASE VERIFICA ED ACCREDITAMENTO (ISTRUTTORIA PRINCIPALE)	
<p><u>Entro 1 mese</u> dall'avvio dell'istruttoria, ciascun Provider viene portato a conoscenza da Èupolis Lombardia circa l'esito finale della stessa. Qualora si renda necessaria ulteriore integrazione documentale, Èupolis Lombardia potrà richiedere tale documentazione. In tal caso il termine di cui sopra si intenderà sospeso dalla data di ricevimento della richiesta e inizierà nuovamente a decorrere dalla data di presentazione della documentazione ad Èupolis Lombardia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Controllo della documentazione da parte di Èupolis Lombardia; <p><u>ESITO CONTROLLO DOCUMENTAZIONE</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Esito positivo (formulato da Èupolis Lombardia e notificato al provider). b) Prima richiesta di integrazione Èupolis Lombardia verifica la rispondenza della nuova documentazione fino ad un massimo di 2 integrazioni, Èupolis Lombardia supporterà il processo anche attraverso "visite" presso il provider" c) esito negativo

**III^ FASE
INTEGRAZIONE PIANO FORMATIVO**

<p>Entro il <u>31 ottobre di ogni anno</u> il provider provvede ad inserire a sistema le integrazioni al piano formativo.</p> <p>Èupolis Lombardia valuterà tutte le istruttorie integrative al piano formativo entro il <u>31 dicembre dell'anno di riferimento</u></p>	<p>Una volta ottenuto l'esito positivo e pagata la quota fissa, qualora necessario, i provider potranno modificare e/o integrare il loro piano formativo, attenendosi alle indicazioni sotto riportate. Si precisa che le modifiche saranno possibili solo relativamente agli eventi ancora in erogazione.</p> <p>Successivamente i provider dovranno sottoporre la richiesta di "avvio istruttoria" a Èupolis Lombardia attraverso il sistema gestionale.</p> <p><u>PROCEDURA PER LE MODIFICHE E/O INTEGRAZIONE DEL PIANO FORMATIVO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eventi residenziali e di formazione sul campo l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 15 giorni prime della realizzazione degli eventi. ■ Formazione a distanza l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 30 giorni prima della realizzazione degli eventi. ■ Èupolis Lombardia effettuerà l'istruttoria e formulerà l'esito (positivo e/o richiesta di integrazioni). Qualora nelle sopra descritte fasi emergessero criticità, i Funzionari di Èupolis Lombardia, supporteranno il processo anche attraverso "visite" presso i provider. <p>Per i provider appartenenti alla Tipologia 2 "enti diversi" (vedi all. 6) il pagamento del contributo della quota variabile dovrà avvenire entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.</p>
<p>Entro e non oltre <u>90 giorni dal termine dell'evento</u></p>	<p>I provider dovranno inviare il tracciato record relativamente alle attività formative erogate all'Ente accreditante e al COGEAPS. L'invio all'Ente accreditante avverrà tramite un'apposita funzione di upload messa a disposizione del provider nella propria area riservata del sito ECM. Il file XML, prima di essere inviato, dovrà essere firmato digitalmente dal soggetto autorizzato legalmente a rappresentare il provider. Le specifiche operative sono disponibili nella sezione "news" della piattaforma ECM.</p>
<p>Entro il <u>30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Per le tipologie formative: Attività di ricerca, Audit clinico e o assistenziale, Attività di addestramento (Training individualizzato) che comprende anche l'attività di addestramento apparecchiature elettromedicali e/o software, è consentito l'inserimento dei dati relativi agli eventi realizzati, il pagamento della quota variabile e l'invio tracciato record.
<p><u>Entro il 31 marzo dell'anno successivo</u></p>	<p>Invio del rapporto annuale sull'attività ECM.</p>

REGOLARIZZAZIONE ASPETTI AMMINISTRATIVI AI FINI DEL RILASCIO DEL
DECRETO DI ACCREDITAMENTO

Provider Provvisorio	Provider Standard	Provider Standard Superior
<p>All'atto della notifica dell'esito positivo i Provider dovranno effettuare il pagamento del contributo annuale previsto (quota fissa).</p> <p>La Direzione Generale Salute, entro 6 mesi dalla domanda di accreditamento, previa verifica dell'esito positivo dell'istruttoria da parte di Èupolis Lombardia e verificato altresì il pagamento della quota fissa, provvederà ad emanare e ad inviare al provider il <i>Decreto di accreditamento provvisorio</i> (validità 2 anni).</p>	<p>All'atto della notifica dell'esito positivo i Provider dovranno effettuare il pagamento del contributo annuale previsto (quota fissa).</p> <p>La Direzione Generale Salute, qualora richiesto il passaggio all'accREDITAMENTO <i>Standard</i> dal provider, entro 6 mesi dalla domanda di accREDITAMENTO, previa verifica dell'esito positivo della visita ispettiva effettuata da Èupolis Lombardia e verificato altresì il pagamento della quota fissa, provvederà ad emanare e ad inviare al provider il <i>Decreto di accREDITAMENTO standard</i> (validità 4 anni).</p>	<p>All'atto della notifica dell'esito positivo i Provider dovranno effettuare il pagamento del contributo annuale previsto (quota fissa).</p> <p>La Direzione Generale Salute, entro 3 mesi dall'esito positivo della visita di verifica effettuata da Èupolis lombardia e verificato altresì il pagamento della quota fissa, provvederà ad emanare e ad inviare al provider Decreto di accREDITAMENTO <i>Standard Superior</i> (validità 4 anni)</p>

RICHIESTE DI ACCREDITAMENTO STANDARD - PRECISAZIONI

- I provider potranno inoltrare la domanda di accreditamento standard dopo almeno 12 mesi ed entro 24 mesi dall'accREDITAMENTO provvisorio se si tratta di provider con esperienza formativa pregressa di almeno 3 anni; dopo almeno 18 mesi dall'accREDITAMENTO provvisorio ed entro 24 mesi se si tratta di provider di nuova istituzione;
- Entrambi i Soggetti sopracitati verranno sottoposti a due verifiche:
 - a) verifica documentale (istruttoria attraverso il sistema gestionale);
 - b) verifica ispettiva **obbligatoria** effettuata dai Funzionari di Èupolis Lombardia finalizzata al "rilascio" dell'accREDITAMENTO standard.

L'iter di accREDITAMENTO si concluderà con la formulazione dell'esito positivo da parte di Èupolis Lombardia che verrà successivamente formalizzato nel Decreto di accREDITAMENTO standard e/o provvisorio a cura della Direzione Generale Salute.

ACCREDITAMENTO STANDARD SUPERIOR- PRECISAZIONI

Nel corso del quarto anno di accREDITAMENTO standard, Èupolis Lombardia provvederà ad effettuare un visita di verifica atta ad appurare la permanenza dei requisiti di accREDITAMENTO. L'iter si concluderà con la formulazione dell'esito positivo da parte di Èupolis Lombardia che verrà formalizzato nel Decreto di accREDITAMENTO *Standard Superior* a cura della Direzione Generale Salute.

ATTENZIONE:

- I provider potranno rilasciare i crediti ECM solo dopo aver ricevuto il Decreto di accREDITAMENTO (*Provvisorio, Standard, Standard Superior*) a cura della Direzione Generale Salute.
- Una volta ottenuto il decreto di accREDITAMENTO, Provvisorio, Standard, Standard Superior per mantenere l'accREDITAMENTO negli anni successivi e fino alla scadenza (2 anni per provvisorio e 4 anni per standard e standard superior) il provider potrà rilasciare i crediti ECM solo dopo aver inserito il piano formativo e aver ottenuto l'esito positivo da parte di Èupolis Lombardia, oltre ad esser in regola con il versamento dei contributi annuali.

ALLEGATO N. 5
INDICAZIONI CONTRIBUTO ANNUALE ECM-CPD

I provider dovranno versare a Regione Lombardia, Direzione Generale Salute, un contributo alle spese; quest'ultimo è funzionale alla copertura dei costi diretti ed indiretti a carico di Regione Lombardia per le attività di propria competenza in ambito ECM-CPD.

In linea generale si precisa che alla corresponsione di tale contributo sono tenuti **tutti i provider**, indipendentemente dal loro status rispetto al sistema lombardo ECM-CPD:

1. per gli aspiranti provider il versamento rappresenta condizione necessaria per ottenere l'accreditamento;
2. per i provider già accreditati il versamento rappresenta condizione necessaria per **mantenere** l'accreditamento: la condizione di provider, al quale è stato rilasciato decreto di accreditamento, pertanto non costituisce titolo per ottenere l'esonero dal versamento.

Il contributo annuale si compone di una **quota fissa** e di una **quota variabile**.

QUOTA FISSA

La **quota fissa** è dovuta da tutti i provider per ottenere o mantenere l'accreditamento ECM-CPD; l'ammontare di tale importo si **differenzia** in base all'appartenenza del provider ad una delle due seguenti tipologie previste:

Tipologia 1. "Enti del Sistema"

Appartengono a tale tipologia:

- gli enti ricompresi nell'allegato A1 della Legge Regionale n. 30/2006, le Aziende di Servizi alla persona (ASP) e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale;
- gli enti gestori di strutture di diritto pubblico e privato accreditate e a contratto per il Servizio Sanitario Regionale

Tali soggetti sono tenuti al versamento della quota fissa in ragione di € 2.000,00.

Tipologia 2. "Enti diversi"

Appartengono a questa tipologia tutti gli altri soggetti a vario titolo coinvolti nell'educazione continua in medicina, a prescindere dalla loro qualificazione giuridica.

Questi soggetti sono tenuti al versamento della quota fissa in ragione di €. 2.500,00.

QUOTA VARIABILE

I soggetti ricompresi nella **Tipologia 1 "Enti del sistema"** non sono tenuti alla corresponsione di alcuna somma a titolo di quota variabile.

I provider ricompresi nella **Tipologia 2. "Enti diversi"** successivamente alla realizzazione degli eventi per lo svolgimento di specifiche attività formative promosse/organizzate dagli stessi, **entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento**, dovranno invece versare a titolo di **quota variabile**, un ulteriore importo il cui ammontare dipende dall'applicazione dei seguenti criteri:

- **Da n. 2 a n. 15 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno di riferimento: **€ 2.000,00**;
- **Da n. 16 a n. 50 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno di riferimento: **€ 4.000,00**;
- **Da n. 51 a n. 100 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno di riferimento: **€ 8.000,00**;
- **Oltre 100 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno di riferimento: **€ 20.000,00**;

Precisazioni per i provider:

Il rilascio del Decreto di accreditamento è subordinato al previo versamento della **quota fissa** del contributo annuale ECM-CPD.

Il pagamento della **quota fissa** dovrà essere effettuato una volta avvenuta la notifica di esito positivo dell'istruttoria di accreditamento da parte di Eupolis Lombardia.

Tale prescrizione si applica anche ai provider già accreditati i quali saranno tenuti al pagamento della **quota fissa** una volta ottenuto l'esito positivo sul piano formativo da parte di Eupolis Lombardia.

Si rammenta che la ricevuta di avvenuto pagamento con l'esplicitazione quota fissa/quota variabile e con l'anno di riferimento dovrà essere trasmessa alla U.O Medicina Convenzionata Territoriale, Educazione Continua in Medicina, Professioni Sanitarie via mail:



ALLEGATO 1A
(compilare su carta intestata)

DICHIARAZIONE

ADEGUATEZZA RISORSE E CONFORMITA' LOCALI E ATTREZZATURE
E
RISPETTO DEGLI OBBLIGHI IN MATERIA DI CONTRIBUZIONE
PREVIDENZIALE, ASSISTENZIALE E IN MATERIA FISCALE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di Rappresentante Legale di _____

DICHIARA

- che per la realizzazione delle distinte attività formative registrate sono stati destinati locali, attrezzature tecnologiche e strutture clinico – assistenziali nell'entità e con le caratteristiche richieste dalle tipologie didattiche impiegate e per la composizione dei gruppi in formazione.
- che i locali, le strutture e le attrezzature della struttura formativa sono (inserire dettagli relativi ad ubicazione, conformazione ed ogni altra informazione idonea alla descrizione dell'esistente)

- che detti locali, strutture ed attrezzature sono conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza, antinfortunistica, prevenzione e antincendio.
- di essere in regola con gli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di contribuzione previdenziale, assistenziale e fiscale.

Data _____

Firma _____

RSB

ALLEGATO 1B
(compilare su carta intestata)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFCAZIONE
(D.P.R.n.445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di Rappresentante Legale di _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

RB

ALLEGATO 1C

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

PRIMA LINGUA

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale



CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

CITTA' _____

DATA _____

NOME E COGNOME (FIRMA)

A circular stamp is located in the bottom right corner of the page. Inside the stamp, there is a handwritten signature that appears to be 'M.P.' or similar initials.

ALLEGATO 1D
(compilare su carta intestata)

DICHIARAZIONE
ATTO DI NOMINA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di Rappresentante Legale di

(denominazione Provider)

NOMINA

il/la (qualifica) _____

Sig./Sig.ra _____

in qualità di (componente del Comitato Tecnico Scientifico/Responsabile della Struttura
Formativa/Responsabile Amministrativo/Referente Informatico)

dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____

Data _____

Firma _____



ALLEGATO 1E
(compilare su carta intestata)

DICHIARAZIONE
ATTIVITA' PREVALENTE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di Rappresentante Legale di _____

DICHIARA

- che l'attività prevalente del provider, ai fini del rispetto della regola contenuta nell'Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012 (allegato 1, pagg. 5 e 6) NON è quella relativa alla organizzazione di congressi, tour operator, agenzia di viaggi e/o società di servizi.

Data _____

Firma _____



ALLEGATO 1F
(compilare su carta intestata)

RILEVAZIONE ED ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI
(sviluppare punti sotto elencati)

- Breve introduzione

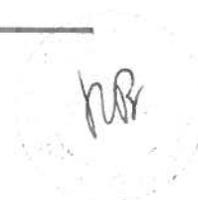
 - Rilevazione dei fabbisogni:
 - strumenti utilizzati (modalità);
 - periodicità (ad es. trimestrale, semestrale, annuale);
 - target (soggetti a cui viene somministrato lo strumento di rilevazione dei fabbisogni).

 - Analisi dei fabbisogni:
 - elaborazione dati (descrizione dei risultati) ed elaborazione grafica delle aree tematiche individuate e del target di riferimento corrispondente;

 - Criteri di traduzione dei fabbisogni in Piano:
 - coerenza del budget con le attività formative previste;
 - priorità delle attività formative aziendali;
 - corrispondenza con la normativa di riferimento ECM-CPD;
 - ecc.
- (E' obbligatoria l'indicazione e la descrizione dei tre criteri sopra citati)

Data

Firma
Responsabile Struttura Formativa



ALLEGATO 1G
(compilare su carta intestata)

PIANO FORMATIVO

1. **BREVE PREMESSA**

2. **FORMAZIONE OBBLIGATORIA** (per disposizioni normative nazionali o regionali)

2.1 Area di riferimento: _____ (indicare l' area prevista dalla normativa vigente)

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari	Rif. normativo

R18

3. FORMAZIONE STRATEGICA

3.1 Area di riferimento: _____ (indicare l' area prevista dalla normativa vigente)

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari

4. FORMAZIONE APERTA AGLI ESTERNI

4.1 Area di riferimento: _____ (indicare l' area prevista dalla normativa vigente)

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari



5. FORMAZIONE TRASVERSALE

5.1 Area di riferimento: _____ (indicare l' area prevista dalla normativa vigente)

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari

6. FORMAZIONE ALL'ESTERO/TRANSFRONTALIERA

6.1 Area di riferimento: _____ (indicare l' area prevista dalla normativa vigente)

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari

Nota: le Aree di riferimento previste dalla vigente normativa devono obbligatoriamente essere rispettate solo dai Provider pubblici

Budget complessivo destinato alle attività formative: € _____



ALLEGATO 1H
(compilare su carta intestata)

PROGRAMMA: EVENTO RESIDENZIALE

TITOLO EVENTO:

Tipologia formativa: _____

ID evento: _____

Sede: Struttura – Indirizzo - Cap – Località - Provincia

BREVE PREMessa: _____

OBIETTIVI FORMATIVI: _____

METODOLOGIA DIDATTICA: _____

DESTINATARI:

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI
TOTALE partecipanti		

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

DOCENTI

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

TUTOR

Cognome e nome

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Cognome e nome

Ente

Telefono ufficio

Fax ufficio

E-mail

Sito internet

PROGRAMMA

Prima giornata: data e durata (indicare il numero delle ore totali)

ORARIO	CONTENUTI	DOCENTE/RELATORI
Dalle/alle		

(Dal conteggio dei crediti è escluso il tempo destinato alla registrazione dei partecipanti)

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM

La soglia minima di partecipazione richiesta per corsi di sole 4 ore è del 100%;

per tutti gli altri casi la soglia minima di frequenza richiesta è dell'80% delle ore totali previste.

Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. _____ del _____, all'evento sono stati preassegnati n. _____ crediti ECM.

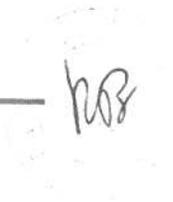
RB

L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento (obbligatorio per i corsi superiori a due giornate) e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione

MODALITA' DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO:

SPECIFICARE SE TRATTASI DI EVENTO SPONSORIZZATO: (S/N)

DESCRIZIONE MODALITA' DI VALUTAZIONE DELL'EVENTO:

A handwritten signature in black ink is located in the bottom right corner of the page. To the right of the signature is a faint, circular stamp or seal, which is mostly illegible but appears to contain some text around its perimeter.

ALLEGATO 11
PROGETTO: FORMAZIONE SUL CAMPO
(compilare su carta intestata)

TITOLO EVENTO:

Tipologia formativa: _____
(addestramento, attività di ricerca, gruppo di miglioramento, commissione/comitati, audit)
ID evento: _____
Sede: Struttura – Indirizzo - Cap – Località - Provincia

BREVE PREMessa: _____

OBIETTIVI FORMATIVI: _____

METODOLOGIA DIDATTICA: _____

PROFESSIONISTI COINVOLTI:

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI	UNITA' ORGANIZZATIVA
TOTALE partecipanti			

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

TUTOR

Cognome e nome

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Cognome e nome

Ente

Telefono ufficio

Fax ufficio

e-mail

sito internet

DURATA PROGETTO: _____

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM

Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. _____ del _____, all'evento sono stati preassegnati n. _____ crediti ECM.

L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno raggiunto la soglia minima di frequenza. (si consiglia l'80% per i percorsi superiori ai 6 mesi)

MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO: _____

DESCRIZIONE MODALITA' DI VALUTAZIONE EVENTO _____

MB

ALLEGATO 1J
(compilare su carta intestata)

PROGRAMMA: FORMAZIONE A DISTANZA

TITOLO EVENTO

Tipologia formativa: _____
(FAD blended, FAD pura, FAD con o senza test randomizzato)
ID evento: _____
Indirizzo telematico della piattaforma utilizzata: _____

Per ogni programma FAD i materiali durevoli accreditati devono riportare all'inizio la seguente dichiarazione:

1. attività svolte in modo autonomo dal Provider:

"Il/la [nome del Provider] è accreditato dalla Commissione Nazionale/Regionale ECM a fornire programmi di formazione continua per [indicare il profilo professionale].

Il/la [nome] si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM".

2. attività svolte con partecipazione di altro soggetto non accreditato:

"Questa attività ECM è stata predisposta in accordo con le regole indicate dalla Commissione Nazionale ECM mediante collaborazione tra [nome del Provider] e [nome soggetto non accreditato].

Il/la [nome Provider] è accreditato dalla Commissione Nazionale/Regionale ECM a fornire programmi di formazione continua per [indicare il profilo professionale] e si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di queste attività ECM".

Alla suddetta dichiarazione deve essere accluso il numero di accreditamento del Provider FAD e la scadenza dell'accREDITamento ricevuto dall'Ente Accreditante

BREVE PREMESSA: _____

OBIETTIVI FORMATIVI: _____

PROFESSIONISTI COINVOLTI:

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI
TOTALE partecipanti		

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

TUTOR

Cognome e nome

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Cognome e nome

Ente

Telefono ufficio

Fax ufficio

e-mail

sito internet

DURATA FAD: _____

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM

Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. _____ del _____, all'evento sono stati preassegnati n. _____ crediti ECM.

L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno risposto correttamente ad almeno l'80% delle domande del questionario di apprendimento.

MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO: _____

DESCRIZIONE MODALITA' DI VALUTAZIONE EVENTO _____

RB

ALLEGATO 1K
(compilare su carta intestata)

DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO DI INTERESSI
MEMBRI ORGANIZZAZIONE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di Legale Rappresentante del Provider-----

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi vigenti in materia,

DICHIARA

relativamente all'evento (titolo e tipologia formativa) _____

Dal titolo: _____

Previsto in Data: _____

l'assenza di conflitto di interessi da parte dei componenti degli organi direttivi della struttura formativa, del responsabile scientifico, dei componenti del comitato scientifico, del responsabile amministrativo e del responsabile informatico

In fede,

Data _____

Firma _____



ALLEGATO 1L
(compilare su carta intestata)

DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO DI INTERESSI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di:

Responsabile Scientifico

Docente

Relatore

Tutor

All'evento (tipologia formativa): _____

Dal titolo: _____

Data: _____

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi vigenti in materia,

DICHIARA

l'assenza di conflitto di interessi rispetto all'evento (titolo corso) " _____ "

ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326;

DICHIARA (eventuale)

che sussistono rapporti economici rilevanti con l'azienda commerciale
" _____ " sponsor dell'evento stesso.

In fede,

Data _____

Firma _____

N.B.: il modello non deve essere modificato



ALLEGATO N. 1M
(compilare su carta intestata)

CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE

Tra
..... con sede legale in, in persona
del legale rappresentante,, accreditata come Provider
..... (di seguito Provider)
e
..... con sede legale in C.F.
e/o P.IVA, in persona del legale
rappresentante..... (di seguito Sponsor)

PREMESSO CHE:

il Provider è un soggetto **attivo e qualificato** nel campo della Formazione Continua in Sanità, abilitato ed accreditato da Regione Lombardia a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;

il Provider, nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile in materia ECM e nell'ambito dei propri fini statuari, intende realizzare un evento formativo dal titolo "....." in data....., a.....;

il Provider, per la realizzazione di tale iniziativa, garantisce di possedere competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche nel settore disciplinare degli eventi residenziali e dei programmi FAD che intende produrre, competenze pedagogiche, capacità organizzativa, disponibilità di strutture e mezzi didattici idonei;

lo Sponsor intende fornire al Provider un corrispettivo in denaro in cambio della messa a disposizione di spazi pubblicitari o della possibilità di svolgere attività promozionali (per il proprio nome e/o prodotti) collegate all'evento formativo sopra individuato;

i termini, le condizioni e gli scopi della sponsorizzazione sono documentati nel presente contratto sottoscritto dal Provider e dallo Sponsor (di seguito definite congiuntamente "Parti"o, disgiuntamente, "Parte").

TUTTO CIO' PREMESSO LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

1. PREMESSE E ALLEGATI.

Le premesse e gli allegati costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto di sponsorizzazione (di seguito contratto).

2. OGGETTO

Le parti concordano che le seguenti condizioni contrattuali regolano, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia ECM, il rapporto di sponsorizzazione tra Provider e Sponsor con specifico riferimento all'evento citato in premessa e meglio descritto nell'allegato A.

Con la sottoscrizione del presente contratto, in particolare, le Parti convengono che lo Sponsor si impegna a corrispondere il contributo finanziario concordato e successivamente individuato al successivo art. 4, mentre il Provider assume l'obbligo di pubblicizzare il nome/marchio dello Sponsor nei limiti di cui ai successivi articoli.

RBZ

3. ATTIVITA' E OBBLIGHI DEL PROVIDER.

Il Provider si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

- 1) richiedere ed ottemperare a tutte le pratiche per l'accreditamento ECM dell'evento in oggetto, indicando, nella domanda di accreditamento, il ruolo di..... quale Sponsor commerciale dell'evento con la relativa modalità di sponsorizzazione;
 - 2) provvedere all'organizzazione didattico - scientifica dell'evento, adottando le necessarie regole di correttezza e trasparenza, senza subire interferenze da parte dello Sponsor, e dichiarare di svolgere la propria attività in assenza di conflitto di interessi;
 - 3) garantire che il contributo finanziario corrisposto dallo sponsor non è condizionante sui contenuti delle attività formative ma ha la esclusiva finalità di fornire il necessario supporto per la buona riuscita delle medesime.
 - 4) assumersi la responsabilità dei contenuti formativi, della qualità scientifica e dell'integrità etica di tutte le attività educative dell'evento accreditato;
 - 5) individuare, in qualità di responsabile scientifico dell'evento, il Dott.;
 - 6) individuare i docenti chiamati a svolgere attività didattica provvedendo ai relativi eventuali compensi nel rispetto integrale delle disposizioni nazionale e regionali in materia;
 - 7) consentire per tutta la durata del presente contratto, alla pubblicazione e divulgazione nel materiale promozionale dell'evento (locandine; inviti, programma etc.) del logo dello Sponsor nelle forme, nei colori e nelle misure che lo Sponsor e Provider insieme concorderanno accompagnato dalla dicitura "evento sponsorizzato da";
 - 8) mettere a disposizione dello Sponsor spazi espositivi per l'esposizione ed illustrazione, da parte di personale qualificato ed autorizzato dallo Sponsor, delle caratteristiche tecnico-scientifiche dei prodotti rientranti nel settore merceologico inerente l'evento.
 - 9) Fornire allo Sponsor, almeno 70 giorni prima dell'inizio dell'evento, tutte le informazioni necessarie per procedere alla richiesta di autorizzazione ad AIFA prevista dall'art. 124 del D,Lgs. N. 219/2006. In ogni caso il programma definitivo dell'evento deve essere trasmesso almeno 30 giorni prima della data di svolgimento dello stesso.
 - 10) Conservare la documentazione relativa ai rapporti con lo Sponsor per un periodo di anni 5.
- SPAZIO PER ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

4. ATTIVITA' E OBBLIGHI DELLO SPONSOR

Spazio per Inserimento descrizione ambito di attività dello sponsor

Con la sottoscrizione del presente contratto lo Sponsor si impegna a:

1. sponsorizzare l'evento di cui all'allegato A del presente contratto ed a versare al Provider un corrispettivo economico per un importo pari a Euro.....+ IVA, (oppure a coprirne i costi organizzativi relativi a catering, affitto, locali, altro...), secondo le modalità e condizioni riportate nell'allegato B al presente contratto.
2. non svolgere alcuna attività di pubblicità e sponsorizzazione dei propri prodotti negli spazi di svolgimento dell'attività formativa.
3. non erogare compensi al responsabile scientifico dell'evento, ai docenti o agli altri soggetti coinvolti nell'attività formativa.
4. non influenzare in alcun modo la pianificazione dei contenuti o lo svolgimento dell'attività educativa che sponsorizza.
5. rispettare ed applicare la normativa regionale vigente in materia di eventi sponsorizzati.

RR

SPAZIO PER ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

5. RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE

Le Parti si impegnano ad organizzare e condurre l'evento nel rispetto della normativa vigente in materia di eventi scientifici che hanno come sponsor commerciale una società privata e in particolare in conformità alla prescrizioni di cui al D. Lgs. N. 541/92 e alle Delibere della Giunta regionale della Lombardia, nonché nel rispetto delle disposizioni in materia di anticorruzione di cui alla Legge 06/11/2012 n. 190 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 13/11/2011.

Qualora il Provider decida di incaricare personale dipendenti del SSN al fine di condurre l'evento, si impegna ad ottemperare alla vigente normativa prevista in materia di incarichi a dipendenti pubblici ove applicabile, con particolare riferimento all'acquisizione e conservazione delle dichiarazioni autocertificate di ognuno dei soggetti che svolgono attività formativa, a qualsiasi titolo nell'evento ECM in oggetto, circa l'assenza di conflitto di interessi.

6. TUTELA DELLA PRIVACY E SICUREZZA DEI DATI PERSONALI

Le Parti si impegnano ad ottemperare nell'esecuzione del presente accordo, ciascuna per gli obblighi di propria competenza, ad ogni prescrizione del D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela della privacy effettuando ogni necessarie notificazioni e provvedendo ad ottenere ogni autorizzazione del Garante che si rendesse necessaria per l'esecuzione del presente accordo.

Le Parti si impegnano ad adempiere tutti gli obblighi derivanti dalla legge in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

7. DURATA E SCIOGLIMENTO DEL CONTRATTO

Il presente accordo ha durata dalla data di sottoscrizione fino alla conclusione delle procedure relative all'evento.

SPAZIO PER INSERIMENTO CLAUSOLE DA PARTE DEI CONTRAENTI*

*Quanto alle fattispecie relative alla conclusione del rapporto diverse dall'adempimento delle obbligazioni, le parti sono libere di determinarsi nell'ambito della loro autonomia contrattuale

8. MODIFICHE

Qualsiasi modifica del presente contratto dovrà essere formalizzata per iscritto e sottoscritta da entrambe le Parti. Tutte le comunicazioni di cui al presente contratto, salvo non sia altrimenti previsto, devono avvenire in forma scritta tramite fax, e-mail ai seguenti indirizzi:

per il provider -----;

per lo sponsor -----

9. FORO COMPETENTE

Competente in via esclusiva per tutte le controversie tra le parti relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente accordo è il Foro di -----.

Letto, approvato e sottoscritto.

Nota: la data di sottoscrizione del presente contratto deve essere antecedente alla data inizio dell'evento.

Milano, li-----

Provider

Sponsor

RR

Il presente contratto rappresenta l'intero accordo intercorso tra le parti che ne hanno preso piena visione, accettandone integralmente il contenuto. In ogni caso lo Sponsor, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara di approvare espressamente il contenuto dei seguenti articoli: 1,2,3,4,7,8.

Sponsor

Milano, li-----

ALLEGATO N. 1N
(compilare su carta intestata)

CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE

Tra
..... con sede legale in, in persona
del legale rappresentante,, accreditata come Provider
..... (di seguito Provider)

e
..... con sede legale in C.F.
e/o P.IVA, in persona del legale
rappresentante.....(di seguito Sponsor)

e
..... con sede legale in C.F.
e/o P.IVA, in persona del legale
rappresentante.....(di seguito Segreteria organizzativa)

PREMESSO CHE:

il Provider è un soggetto **attivo e qualificato** nel campo della Formazione Continua in Sanità, abilitato ed accreditato da Regione Lombardia a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;

il Provider, nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile in materia ECM e nell'ambito dei propri fini statuari, intende realizzare un evento formativo dal titolo "....." in data....., a.....;

il Provider, per la realizzazione di tale iniziativa, garantisce di possedere competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche nel settore disciplinare degli eventi residenziali e dei programmi FAD che intende produrre, competenze pedagogiche, capacità organizzativa, disponibilità di strutture e mezzi didattici idonei;

il Provider, per l'organizzazione dell'evento, intende avvalersi della collaborazione di una segreteria organizzativa, soggetto attivo nella realizzazione e gestione di eventi;

la Segreteria Organizzativa realizza e gestisce le attività di servizi non istituzionali per l'assolvimento degli scopi del Provider e dichiara di essere soggetto giuridico in possesso delle competenze necessarie per la realizzazione dell'evento sopra indicato;

la Segreteria Organizzativa organizza una serie di attività correlate all'evento, così come descritte all'art. 5;

lo Sponsor intende fornire al Provider un corrispettivo in denaro in cambio della messa a disposizione di spazi pubblicitari o della possibilità di svolgere attività promozionali (per il proprio nome e/o prodotti) collegate all'evento formativo sopra individuato;

i termini, le condizioni e gli scopi della sponsorizzazione sono documentati nel presente contratto sottoscritto dal Provider, dallo Sponsor e dalla Segreteria Organizzativa (di seguito definite congiuntamente "Parti"o, disgiuntamente, "Parte").

RB

TUTTO CIO' PREMESSO LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

1. PREMESSE E ALLEGATI.

Le premesse e gli allegati costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto di sponsorizzazione (di seguito contratto).

2. OGGETTO

Le parti concordano che le seguenti condizioni contrattuali regolano, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia ECM, il rapporto di sponsorizzazione tra Provider e Sponsor con specifico riferimento all'evento citato in premessa e meglio descritto nell'allegato A, nonché, i rapporti tra il Provider e la Segreteria Organizzativa relativamente all'organizzazione del medesimo.

Con la sottoscrizione del presente contratto, in particolare, le Parti convengono che lo Sponsor si impegna a corrispondere il contributo finanziario concordato e successivamente individuato al successivo art. 4, mentre il Provider assume l'obbligo di pubblicizzare il nome/marchio dello Sponsor nei limiti di cui ai successivi articoli.

3. ATTIVITA' E OBBLIGHI DEL PROVIDER.

Il Provider si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

- 1) richiedere ed ottemperare a tutte le pratiche per l'accreditamento ECM dell'evento in oggetto, indicando, nella domanda di accreditamento, il ruolo di..... quale Sponsor commerciale dell'evento con la relativa modalità di sponsorizzazione;
- 2) provvedere all'organizzazione didattico - scientifica dell'evento, adottando le necessarie regole di correttezza e trasparenza, senza subire interferenze da parte dello Sponsor, e dichiarare di svolgere la propria attività in assenza di conflitto di interessi;
- 3) garantire che il contributo finanziario corrisposto dallo sponsor non è condizionante sui contenuti delle attività formative ma ha la esclusiva finalità di fornire il necessario supporto per la buona riuscita delle medesime.
- 4) assumersi la responsabilità dei contenuti formativi, della qualità scientifica e dell'integrità etica di tutte le attività educative dell'evento accreditato;
- 5) individuare, in qualità di responsabile scientifico dell'evento, il Dott.;
- 6) individuare i docenti chiamati a svolgere attività didattica provvedendo ai relativi eventuali compensi nel rispetto integrale delle disposizioni nazionale e regionali in materia;
- 7) consentire per tutta la durata del presente contratto, alla pubblicazione e divulgazione nel materiale promozionale dell'evento (locandine; inviti, programma etc.) del logo dello Sponsor nelle forme, nei colori e nelle misure che lo Sponsor e Provider insieme concorderanno accompagnato dalla dicitura "evento sponsorizzato da";
- 8) mettere a disposizione dello Sponsor spazi espositivi per l'esposizione ed illustrazione, da parte di personale qualificato ed autorizzato dallo Sponsor, delle caratteristiche tecnico-scientifiche dei prodotti rientranti nel settore merceologico inerente l'evento.
- 9) Fornire allo Sponsor, almeno 70 giorni prima dell'inizio dell'evento, tutte le informazioni necessarie per procedere alla richiesta di autorizzazione ad AIFA prevista dall'art. 124 del D,Lgs. N. 219/2006. In ogni caso il programma definitivo dell'evento deve essere trasmesso almeno 30 giorni prima della data di svolgimento dello stesso.
- 10) Conservare la documentazione relativa ai rapporti con lo Sponsor per un periodo di anni 5.

SEGUONO EVENTUALI ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

4. ATTIVITA' E OBBLIGHI DELLO SPONSOR

Spazio per Inserimento descrizione ambito di attività dello sponsor

Con la sottoscrizione del presente contratto lo Sponsor si impegna a:

1. sponsorizzare l'evento di cui all'allegato A del presente contratto ed a versare al Provider un corrispettivo economico per un importo pari a Euro.....+ IVA, (oppure a coprirne i costi organizzativi relativi a catering, affitto, locali, altro...), secondo le modalità e condizioni riportate nell'allegato B al presente contratto.
2. non svolgere alcuna attività di pubblicità e sponsorizzazione dei propri prodotti negli spazi di svolgimento dell'attività formativa.
3. non erogare compensi al responsabile scientifico dell'evento, ai docenti o agli altri soggetti coinvolti nell'attività formativa.
4. non influenzare in alcun modo la pianificazione dei contenuti o lo svolgimento dell'attività educativa che sponsorizza.
5. rispettare ed applicare la normativa regionale vigente in materia di eventi sponsorizzati.

SEGUONO EVENTUALI ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

5. ATTIVITA' E OBBLIGHI DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Con la sottoscrizione del presente contratto il Provider affida alla Segreteria organizzativa l'organizzazione dell'evento e la gestione dei rapporti economici ed amministrativi relativi alla stessa. In particolare si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

- a. mettere a disposizione dello Sponsor uno spazio espositivo per l'esposizione ed illustrazione, da parte di personale qualificato e autorizzato dallo Sponsor, delle caratteristiche tecnico-scientifiche dei prodotti rientranti nel settore merceologico inerente l'evento;
- b. distribuire la modulistica concernente la rilevazione del conflitto di interessi con lo Sponsor da parte dei relatori;
- c. garantire, mediante controllo elettronico/firme, l'ingresso e l'uscita dei partecipanti;
- d. distribuire e raccogliere, secondo il format stabilito dal Provider, i moduli per la rilevazione del gradimento percepito dai discenti;
- e. distribuire e raccogliere i moduli contenenti i risultati dei test sostenuti dai partecipanti;
- f. riconsegnare materiale quale: schede d'iscrizione, documenti rilevanti l'eventuale presenza di conflitto di interessi, autodichiarazioni dei discenti che partecipano con rimborsi parziali o totali;
- g. fornire al Provider copia di tutta la documentazione necessaria per lo svolgimento dell'incarico, così come previsto dalla Normativa ECM;
- h. fornire al Provider entro ____ giorni dalla conclusione dell'evento ogni altro documento necessario allo svolgimento dell'attività dello stesso.

SEGUONO EVENTUALI ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI.

Ove, in relazione all'Evento di cui al presente Contratto, dovesse essere ravvisata dal Provider una violazione della normativa nazionale e regionale vigente in materia ECM, realizzata dalla Segreteria Organizzativa, ferma restando la responsabilità diretta del Provider nei confronti dell'ente accreditante, la Segreteria Organizzativa sarà garante nei confronti del Provider stesso, nell'ambito dei rapporti interni, e si impegna sin da ora a manlevare quest'ultimo da qualsivoglia conseguenza dannosa di qualunque genere che il Provider dovesse subire, salvo - comunque - il risarcimento degli ulteriori danni anche di immagine.

Il Provider pertanto dichiara che l'attività collaborativa della Segreteria Organizzativa non implica limitazioni o esonero delle responsabilità previste in capo al Provider dal Regolamento, dalla Normativa

ECM e dal presente Contratto. Il Provider rimane dunque responsabile dell'adempimento delle obbligazioni assunte con il presente Contratto nei confronti dello Sponsor.

La Segreteria Organizzativa dichiara di non ricoprire posizioni in conflitto di interessi e di mantenere il proprio operato conforme alle previsioni del Regolamento ed a tutta la normativa applicabile in materia di Educazione Continua in Medicina.

Tutte le comunicazioni inviate dallo Sponsor relative alle attività delegate alla Segreteria Organizzativa, in qualità di Partner, o eventuali contestazioni indirizzate alla stessa, dovranno essere effettuate anche presso la sede del Provider.

6. RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE

Le Parti si impegnano ad organizzare e condurre l'evento nel rispetto della normativa vigente in materia di eventi scientifici che hanno come sponsor commerciale una società privata e in particolare in conformità alla prescrizioni di cui al D. Lgs. N. 541/92 e alle Delibere della Giunta regionale della Lombardia, nonché nel rispetto delle disposizioni in materia di anticorruzione di cui alla Legge 06/11/2012 n. 190 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 13/11/2011.

Qualora il Provider decida di incaricare personale dipendenti del SSN al fine di condurre l'evento, si impegna ad ottemperare alla vigente normativa prevista in materia di incarichi a dipendenti pubblici ove applicabile, con particolare riferimento all'acquisizione e conservazione delle dichiarazioni autocertificate di ognuno dei soggetti che svolgono attività formativa, a qualsiasi titolo nell'evento ECM in oggetto, circa l'assenza di conflitto di interessi.

7. TUTELA DELLA PRIVACY E SICUREZZA DEI DATI PERSONALI

Le Parti si impegnano ad ottemperare nell'esecuzione del presente accordo, ciascuna per gli obblighi di propria competenza, ad ogni prescrizione del D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela della privacy effettuando ogni necessarie notificazioni e provvedendo ad ottenere ogni autorizzazione del Garante che si rendesse necessaria per l'esecuzione del presente accordo.

Le Parti si impegnano ad adempiere tutti gli obblighi derivanti dalla legge in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

8. DURATA E SCIOGLIMENTO DEL CONTRATTO

Il presente accordo ha durata dalla data di sottoscrizione fino alla conclusione delle procedure relative all'evento.

SPAZIO PER INSERIMENTO CLAUSOLE DA PARTE DEI CONTRAENTI*

*Quanto alle fattispecie relative alla conclusione del rapporto diverse dall'adempimento delle obbligazioni, le parti sono libere di determinarsi nell'ambito della loro autonomia contrattuale.

9. MODIFICHE

Qualsiasi modifica del presente contratto dovrà essere formalizzata per iscritto e sottoscritta da entrambe le Parti. Tutte le comunicazioni di cui al presente contratto, salvo non sia altrimenti previsto, devono avvenire in forma scritta tramite fax, e-mail ai seguenti indirizzi:

per il Provider -----;

per lo Sponsor -----;

per la Segreteria organizzativa.....;

10. FORO COMPETENTE

Competente in via esclusiva per tutte le controversie tra le parti relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente accordo è il Foro di -----.

Letto, approvato e sottoscritto.

Nota: la data di sottoscrizione del presente contratto deve essere antecedente alla data inizio dell'evento.

Milano, li-----

Provider

Sponsor

Segreteria Organizzativa

Il presente contratto rappresenta l'intero accordo intercorso tra le parti che ne hanno preso piena visione, accettandone integralmente il contenuto. In ogni caso lo Sponsor, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara di approvare espressamente il contenuto dei seguenti articoli: 1,2,3,4,7,8.

Sponsor

Segreteria Organizzativa

Milano, li-----

ALLEGATO 10
(compilare su carta intestata)

QUESTIONARIO CUSTOMER SATISFACTION

A. PROGETTAZIONE (Grado di adeguatezza e soddisfazione rispetto al progetto formativo e agli obiettivi)

GRADO DI SODDISFAZIONE	gravemente insufficiente	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
	0	1	2	3	4
<i>A.1 – Quale è stato, globalmente, il livello di gradimento dell’iniziativa formativa??</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>A.2 – In che misura è stato raggiunto l’obiettivo 1?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>A.3 - In che misura è stato raggiunto l’obiettivo 2?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI'	NO
Rispetto agli argomenti trattati nell’ambito dell’iniziativa formativa, ha ulteriori esigenze formative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se si, quali?

B. DOCENZA: Come valuta la docenza in termini di competenza, chiarezza espositiva, interazione con l’aula?:

GRADO DI SODDISFAZIONE	gravemente insufficiente	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MB

C. DIDATTICA

GRADO DI SODDISFAZIONE	gravemente insufficiente	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
	0	1	2	3	4
<i>C.1 – Ritiene che i contenuti acquisiti durante il corso Le saranno utili nello svolgimento del Suo lavoro?</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>C.2 – Come valuta le metodologie didattiche attive utilizzate (es. esercitazioni, casi, lavoro di gruppo, role playing, discussioni, ecc.) e la qualità del materiale didattico (dispense, copie lucidi, ecc.)?</i>	<input type="checkbox"/>				

D. ORGANIZZAZIONE

GRADO DI SODDISFAZIONE	gravemente insufficiente	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
	0	1	2	3	4
<i>D.1 – La durata complessiva del corso è adeguata rispetto agli obiettivi formativi principali?</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>D.2 – Adeguatazza della struttura nella quale si è svolta l’iniziativa formativa</i>	<input type="checkbox"/>				

DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO DI INTERESSE (da compilarsi solo in caso di evento sponsorizzato)

	SI'	NO
Percepisce influenza di interessi commerciali all'interno dei contenuti del corso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha "rinvenuto" il materiale promozionale pubblicitario stampato e/o telematico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. VALUTAZIONE COMPLESSIVA

GRADO DI SODDISFAZIONE	gravemente insufficiente	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
	0	1	2	3	4
<i>E.1 – Come giudica nel suo complesso l’iniziativa formativa?</i>	<input type="checkbox"/>				

F. ARGOMENTI DA APPROFONDIRE

F.1 - Può sintetizzare almeno due aspetti positivi e due critici/negativi che a Suo avviso si sono evidenziati nell'esperienza formativa?

Aspetti positivi

F.2 - Aspetti critici/negativi

F.3 - Suggerimenti per ulteriori iniziative formative:

BR

ALLEGATO 1P

(compilare su carta intestata)

RICADUTA ORGANIZZATIVA ANNO PRECEDENTE

COMPORAMENTI E RISULTATI ORGANIZZATIVI : individuare in un arco temporale stabilito i risultati relativamente alla partecipazione all'evento secondo i seguenti livelli	
<i>APPRENDIMENTO INDIVIDUALE</i>	<ul style="list-style-type: none">• Valore iniziale;• Valore minimo atteso;• Valore finale. Individuazione della tempistica di rilevazione
<i>ATTEGGIAMENTO</i>	<ul style="list-style-type: none">• Descrizione iniziale;• Risultato minimo atteso;• Risultato finale. Individuazione della tempistica di rilevazione
<i>APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO</i>	<ul style="list-style-type: none">• Descrizione/valore iniziale;• Risultato minimo atteso;• Risultato finale. Individuazione della tempistica di rilevazione



ALLEGATO 1Q
(compilare su carta intestata)
RILEVAZIONE PRESENZA PARTECIPANTI
TITOLO EVENTO: _____
TIPOLOGIA FORMATIVA: _____

ID evento: _____ dalle ore _____ alle ore _____

Data: _____

N	Cognome/Nome	Categoria Professionale	Azienda	Firma entrata dalle ore _____	Firma uscita alle ore _____
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N. effettivo di presenze _____



Spazio per
l'inserimento del logo
del provider

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. _____

Nato/a il _____ a _____

Codice fiscale: _____

in qualità di _____
(indicare se Responsabile Scientifico/Docente/Relatore/Autore di testi/Tutor/Partecipante)

ha partecipato al "**CORSO/CONGRESSO/CONVEGNO**"
(specificare una tipologia formativa)

tenutosi il _____ presso _____
dal titolo " _____ "

codice ID: _____

della durata di **n°ore** _____

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successive modifiche
ha acquisito n° _____ crediti ECM **per l'anno** _____

L'evento è stato accreditato da

con Decreto Direzione Generale Sanità n. _____ del _____

quale attività del piano formativo relativo all'anno _____

_____ *Luogo di rilascio*

_____ *Data di rilascio*

Il Legale rappresentante

(obbligatorio)

Il Responsabile scientifico

(facoltativo)



Spazio per
l'inserimento del logo
del provider



Regione Lombardia
Sanità

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. _____

nato il _____ a _____

Codice fiscale _____

in qualità di _____
(Responsabile Scientifico/Tutor/Partecipante)

ha partecipato al **Progetto di Formazione sul Campo(FSC)**

" _____ "

(specificare se: partecipazione a commissioni/comitati, partecipazione a gruppi di miglioramento, audit, attività di addestramento, attività di ricerca)"

Titolo progetto" _____ "

Codice ID: _____

tenutosi **dal** _____ (gg/mm/aaaa) **al** _____ (gg/mm/aaaa)
per un totale di **n.** (ore/incontri/settimane/mesi) _____

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi
ha acquisito **n°** _____ **crediti ECM per l'anno** _____

L'evento è stato accreditato da

_____ con Decreto Direzione Generale n. _____ del _____

attività del piano formativo relativo all'anno _____

_____ *Luogo di rilascio*

_____ *Data di rilascio*

Il Legale Rappresentante

(obbligatorio)

Il Responsabile Scientifico

(facoltativo)



Spazio per
l'inserimento del logo
del provider

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. _____

nato il _____ a _____

Codice fiscale: _____

in qualità di _____
(Responsabile Scientifico/Tutor tecnico/partecipante/Autore di testi)

professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto di **Formazione a Distanza (FAD pura)**
tenutosi **dal** _____ (gg/mm/aaaa) **al** _____ (gg/mm/aaaa)

dal titolo " _____ "

codice ID: _____

della durata di **N. ore** _____

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi
ha acquisito n° _____ crediti ECM per l'anno _____

L'evento è stato accreditato da

quale attività del piano formativo relativo all'anno _____

Luogo di rilascio

Data di rilascio

Il Legale Rappresentante

(obbligatorio)

Il Responsabile Scientifico

(facoltativo)



Spazio per
l'inserimento del logo
del provider



Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. _____

nato il _____ a _____

Codice fiscale: _____

in qualità di _____

(Responsabile Scientifico/Tutor tecnico/partecipante/Autore di testi/docente/relatore)

professionista appartenente al SSR

al percorso **di Formazione a Distanza (BLENDED)**
composto in parte in presenza (Corso, Convegno e Formazione sul Campo)
e in parte di attività online

dal titolo " _____ "

codice ID: _____

della durata di **N. ore** _____

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi
ha acquisito n° _____ crediti ECM per l'anno _____

L'evento è stato accreditato da

attività del piano formativo relativo all'anno _____

Luogo di rilascio

Data di rilascio

Il Legale Rappresentante

(obbligatorio)

Allegato 1U



Spazio per
l'inserimento del logo
del provider

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. _____

nato il _____ a _____

Codice fiscale _____

ha svolto attività di **FORMAZIONE INDIVIDUALE ALL'ESTERO**

nell'anno _____

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito n° _____ crediti ECM **per l'anno** _____

rilasciato da

Luogo di rilascio

Data di rilascio

Il Legale Rappresentante

(obbligatorio)

Il Responsabile Scientifico

(facoltativo)

