



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua

Verbale di visita di verifica RES/FSC

Evento pregresso

Il giorno _____ alle ore _____ in _____ via _____ n. _____ presso _____

i sottoscritti:

- cognome _____ nome _____ Componente dell'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in sanità;

- cognome _____ nome _____ Componente dell'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in sanità;

- cognome _____ nome _____; e

- cognome _____ nome _____ incaricati dall'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in sanità;

Visita presso la sede operativa del provider / Verifica da remoto: riferiscono di aver eseguito la visita di verifica della qualità dell'evento RES/FSC id. _____ edizione _____

Titolo: _____

erogato dal provider id. _____ denominazione: _____

in presenza del Rappresentante del provider nella persona di:

cognome _____ nome _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in _____

Incarico/ruolo: _____.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua

Espletata la verifica, gli scriventi hanno rilevato quanto segue:

PARTE I
VALUTAZIONE PRELIMINARE ALLA VISITA IN LOCO
ORGANISMO COMPETENTE: OSSERVATORIO NAZIONALE

Sezione 1 – Struttura e attività del provider

N°	Standard di qualità	Sì	No	Non valutabile	Osservazioni
1	Il provider è accreditato nel sistema ECM da almeno 5 anni				
2	Il provider ha erogato almeno 10 eventi nell'anno precedente				
3	Almeno il 50% degli eventi FSC e RES svolti nell'ultimo anno solare è destinato a un numero di partecipanti uguale o inferiore a 25				
4	Il numero di eventi fuori piano erogati dal provider nell'ultimo anno non supera il 50% degli eventi previsti dal piano formativo				
5	Il provider, negli ultimi due anni, ha erogato eventi per tutte le tipologie di attività formativa per le quali ha ottenuto l'accreditamento				Non applicabile ai provider accreditati per una sola tipologia formativa
6	Il provider ha erogato negli ultimi due anni eventi per tutte le professioni rappresentate nel Comitato scientifico				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua

7	Negli ultimi due anni il provider ha erogato eventi per almeno il 50% delle professioni per le quali ha ottenuto l'accreditamento (non applicabile per provider accreditati da 1 a 3 professioni)				
8	Il curriculum del Coordinatore del Comitato scientifico documenta più di 5 anni di esperienza di progettazione e gestione di attività formative in sanità				
9	Il Comitato scientifico è composto da un numero di soggetti appartenenti ad almeno il 50% delle professioni sanitarie per le quali il provider è accreditato				
10	Il provider, nell'ultimo anno solare, ha erogato almeno 5 eventi nelle materie qualificate di rilevanza nazionale dalla CNFC				

2 – Sito web del provider

N°	Standard di qualità	Sì	No	Non valutabile	Osservazioni
11	Il provider ha un proprio sito web nel quale è data separata evidenza all'attività ECM e ai singoli eventi ECM				
12	Sul sito web del provider è disponibile e consultabile un breve estratto del curriculum dei docenti attivi nell'ultimo anno				
13	I curriculum del coordinatore e degli altri componenti del Comitato scientifico sono disponibili sul sito <i>web</i> del provider e sono aggiornati a meno di due anni				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua

14	Sul sito web del provider è presente un'area delle offerte formative erogate con i rispettivi risultati aggregati delle valutazioni di qualità percepita e di apprendimento				
----	---	--	--	--	--

PARTE II

VALUTAZIONE EVENTO/EVENTI ECM

Sezione 1 – Evento/eventi pregressi

N°	Requisito	Sì	No	Nota del valutatore
15	Il programma inserito a sistema è conforme ai requisiti del par. 4.6 del Manuale			
16	Verifica presenze dei partecipanti			
17	Valutazione dell'apprendimento			
18	Valutazione della qualità percepita			
19	Dichiarazione dei docenti e relatori sulle fonti di finanziamento			
20	Evidenza della validazione dell'evento oggetto di verifica da parte del comitato scientifico			
21	Reclutamento partecipanti			
22	Materiale didattico			
23	Brochure evento			
24	Contratti sponsorizzazione			
25	Riconducibilità dell'evento al provider			
26	Partner dell'evento			

Sezione 3 – Contenuti scientifici – Valutazione di competenza dell'Osservatorio Nazionale

N°	Requisito	Sì	No	Nota del valutatore
27	Il Responsabile scientifico attesta che i contenuti dell'evento formativo sono attuali/aggiornati, equilibrati, basati			



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua

	sull'evidenza scientifica e coerenti con le professioni sanitarie a cui l'evento è rivolto			
28	I curricula dei docenti e dei responsabili scientifici sono appropriati rispetto agli obiettivi e i contenuti dell'evento			
29	I contenuti dell'evento formativo sono coerenti con gli obiettivi formativi programmati			
30	Il provider documenta procedure di qualità conformi alla normativa ECM			

Sezione 4 – Varie ed eventuali

In relazione alla natura della segnalazione, è possibile richiedere informazioni integrative sugli aspetti ritenuti rilevanti.

N°	Requisito			Nota del valutatore
		Sì	No	
31				
32				
33				
34				

Osservazioni degli incaricati

--

Osservazioni del provider

--



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua

Allo stesso sono allegate n. _____ pagine e _____ file digitali acquisiti
mediante _____.

Nota del verbale

Una copia sottoscritta del presente verbale è rilasciata all'incaricato del provider che si impegna ad acquisirla in nome e per conto dello stesso. Ai fini della conservazione da parte della scrivente amministrazione, il presente verbale sarà firmato digitalmente e sarà trasmesso al provider tramite posta elettronica certificata.

Letto e sottoscritto alle ore _____

Firme

per l'*Osservatorio Nazionale*

firma per il *provider*

Gli incaricati della UOC Formazione ECM di Agenas a supporto di Osservatorio Nazionale