



EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

**PROCEDURE OPERATIVE PER LA CONDUZIONE
DELLE VISITE DI VERIFICA PER L'ACCREDITAMENTO STANDARD
DEI PROVIDER ECM**

GUIDA PRATICA PER IL TEAM DI VALUTAZIONE

Sommario

PREMESSA.....	3
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	3
DEFINIZIONI.....	4
COMPOSIZIONE E ATTIVITA' DEL TEAM DI VALUTAZIONE.....	4
RESPONSABILE DEL PROCESSO DI VERIFICA.....	5
CONFLITTO DI INTERESSE	5
FASI DELLA VISITA DI VERIFICA	5
DESCRIZIONE DELLE FASI	5
<i>Pianificazione</i>	5
<i>Analisi della documentazione</i>	6
<i>Visita di verifica</i>	6
<i>Verbale di visita</i>	7
TERMINI DEL PROCEDIMENTO	7
TUTELA DELLA PRIVACY	7
DISPOSIZIONI FINALI.....	8
EVIDENZE DOCUMENTALI ACCREDITAMENTO STANDARD (Aziende sanitarie – Aziende Ospedaliere - Istituto Oncologico Veneto).....	9
STANDARD DI QUALITÀ DEL PROVIDER ECM	16

PREMESSA

Con DD.G.R. n. 2220/2010, 2215/2011 e 1969/2012 la Regione del Veneto ha recepito gli Accordi Stato-Regioni del 2007, del 2009 e del 2012 nonché delineato le nuove regole per il sistema di accreditamento della formazione continua definendo i requisiti minimi e i relativi standard ritenuti necessari per l'accREDITamento di soggetti pubblici e privati (Provider) che intendono erogare formazione continua ai fini ECM ed assegnare direttamente i crediti ai partecipanti.

I requisiti che il Provider deve possedere per ottenere l'accREDITamento riguardano l'organizzazione generale e le risorse, la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità.

La richiesta iniziale di accREDITamento, presentata dall'aspirante Provider, se accolta, permette di acquisire l'accREDITamento provvisorio (1° fase) e dura al massimo 24 mesi. Ai fini dell'accREDITamento provvisorio, la Commissione Regionale ECM effettua una verifica amministrativa di tipo cartolare/informatico volta a valutare la completezza e la congruenza della documentazione inviata dall'aspirante Provider. L'esito positivo dell'esame della documentazione permetterà al soggetto di acquisire l'accREDITamento provvisorio che viene rilasciato con provvedimento regionale.

Alla scadenza dei 24 mesi il Provider provvisorio deve presentare successiva domanda di accREDITamento standard (2° fase) che se accolta ha una durata di 4 anni; laddove non venisse presentata tale domanda alla scadenza dei 24 mesi, il Provider provvisorio decade automaticamente dalle sue funzioni in ambito ECM.

Per il rilascio dell'accREDITamento standard, l'Ente accREDITante, effettua una visita di verifica finalizzata a verificare il possesso dei requisiti strutturali-organizzativi ed il processo formativo con particolare riferimento agli aspetti della qualità scientifica e didattica.

Questo documento contribuisce a definire le procedure per la conduzione delle visite di verifica nell'ambito dell'accERTAMENTO dei requisiti minimi dei Provider ECM della Regione del Veneto.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è descrivere il processo di gestione e le modalità di conduzione delle visite di verifica al fine del rilascio dell'AccREDITamento standard ai sensi dall'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012.

Le visite di verifica hanno la finalità di accertare la veridicità e l'idoneità dei requisiti dichiarati del Provider ECM candidato all'accREDITamento standard con particolare riferimento a quelli che richiedono una verifica in loco e vengono effettuate da un gruppo multiprofessionale definito Team di valutazione.

La procedura è di indirizzo e di supporto a tutti Provider ECM pubblici e privati accREDITati che hanno validato la domanda di accREDITamento standard mediante la piattaforma Age.Na.S.-Regione del Veneto (<http://ecm.veneto.agenas.it/>) e che saranno sottoposti alla visita di verifica.

La procedura è di riferimento operativo per il Team di valutazione che effettuerà le visite e potrà essere periodicamente revisionata in relazione sia agli sviluppi legislativi e normativi in ambito ECM a livello nazionale e regionale sia a seguito delle esperienze e dei risultati derivanti dalla sua applicazione.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1. Deliberazione della Giunta Regionale n. 2220 del 21 settembre 2010 recante il "Recepimento degli Accordi del 1° agosto 2007 e del 5 novembre 2009, adottati in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo

Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM). Piano regionale della formazione - anno 2010”;

2. Deliberazione della Giunta Regionale n. 2215 del 20 dicembre 2011. Programma regionale d’Educazione Continua in Medicina (ECM) anno 2011. Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei Provider regionali;
3. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1969 del 2 ottobre 2012. Programma regionale d’Educazione Continua in Medicina (ECM) anno 2012. Recepimento dell’Accordo Stato/Regioni del 19 aprile 2012, rep. 101/CSR “Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti”;
4. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1236 del 16 luglio 2013. “Approvazione dello schema di Convenzione tra l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) e la Regione Veneto finalizzato alla gestione del sistema di formazione continua”;
5. Procedura “Accreditamento standard dei Provider ECM” approvata dalla Commissione Regionale ECM nella seduta del 17 giugno 2014;
6. Determinazioni della Commissione Regionale ECM regolanti la materia.

DEFINIZIONI

Accreditamento provvisorio: provvedimento con il quale la Regione del Veneto autorizza un soggetto per un periodo massimo di due anni ad erogare attività formative ai fini ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

Accreditamento standard: provvedimento con il quale la Regione del Veneto autorizza un Provider ECM con accreditamento provvisorio per un periodo massimo di quattro anni ad erogare attività formative ai fini ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

Audit: processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze, finalizzato a valutare lo stato di applicazione delle norme, delle procedure e di altre prescrizioni a fronte di quanto stabilito dai requisiti per l’accreditamento del Provider ECM regionale;

Auditor o valutatore: persona in possesso di specifiche competenze per la valutazione delle strutture ai fini del rilascio dell’accreditamento standard;

Programma di audit: insieme di audit pianificati per un arco di tempo definito ed orientati verso uno scopo preciso;

Piano dell’audit: descrizione delle attività per la conduzione dell’audit;

Team di valutazione: gruppo formato da un *referee* di Commissione Regionale ECM, un componente dell’Osservatorio Regionale per la formazione continua, un responsabile per la parte informatica, personale amministrativo della Sezione Controlli Governo e personale SSR – Servizio ECM.

COMPOSIZIONE E ATTIVITA’ DEL TEAM DI VALUTAZIONE

Il Team di valutazione è composto da un componente *referee* di Commissione Regionale ECM con esperienza nella valutazione dei requisiti previsti dalla normativa per l’accreditamento dei provider ECM, un

componente dell'Osservatorio Regionale per la formazione continua con competenza nel campo della formazione continua in sanità e/o della valutazione della formazione, un responsabile per la parte informatica, personale Segreteria ECM della Sezione Controlli Governo e personale SSR. Il Team può essere affiancato da valutatori in formazione od osservatori.

Le verifiche sono condotte da soggetti competenti, qualificati nel campo della formazione continua del personale sanitario, seguendo principi di integrità, indipendenza, riservatezza, imparzialità, professionalità ed obiettività. Le verifiche sono inoltre effettuate con l'uso di strumenti standardizzati/check list/griglie di valutazione per un'efficace valutazione dei requisiti minimi e dei relativi standard di qualità.

Il valutatore che esegue gli audit deve aver frequentato le attività formative pertinenti per obiettivi e contenuti al ruolo ricoperto al fine di garantire lo sviluppo delle competenze specifiche per l'attività prevista, e condividere gli strumenti di lavoro definiti per il Team.

Il Team di valutazione durante la visita:

- esamina la documentazione per la verifica dei requisiti;
- esegue la visita di verifica;
- redige il verbale di visita e lo trasmette alla Commissione Regionale ECM.

RESPONSABILE DEL PROCESSO DI VERIFICA

Il responsabile della visita di verifica nei confronti della struttura auditata è il Team Leader, indicato ad ogni verifica dalla Commissione Regionale ECM.

CONFLITTO DI INTERESSE

In linea con quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni 2012 al fine di evitare incompatibilità e conflitto di interessi i professionisti sanitari che operano nelle strutture che erogano prestazioni sanitarie pubbliche o private accreditate (ivi compresi i Team leader) non possono essere coinvolti nelle attività di auditor per auditare le strutture di cui fanno parte o processi che dipendano dalle medesime strutture.

FASI DELLA VISITA DI VERIFICA

Le fasi operative per la realizzazione della visita di verifica concernono:

1. la pianificazione della visita di verifica;
2. l'analisi della documentazione prodotta dal Provider ECM per l'accreditamento standard da parte del Team leader e della Segreteria ECM;
3. la visita di verifica mediante la conduzione dell'audit;
4. la predisposizione del verbale.

DESCRIZIONE DELLE FASI

Pianificazione

In base all'ordine delle istanze pervenute la Segreteria ECM presso la Sezione Controlli Governo e personale SSR predispone il programma delle visite di verifica. Il programma comprende:

- pianificazione della visita di verifica: la Segreteria ECM avvia la programmazione delle visite proponendo una data utile per la visita di verifica. L'eventuale indisponibilità alla visita per la data proposta dovrà essere comunicata dal Provider entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della comunicazione. Nel caso la data proposta non sia accettata dal Provider, la Segreteria ECM in base all'organizzazione delle proprie attività propone un'ulteriore e inderogabile data di visita;

- identificazione dei componenti del Team di valutazione;
- trasmissione della nota di incarico ai componenti del Team di valutazione;
- predisposizione della nota indirizzata al Legale Rappresentante della struttura da valutare contenente la data della visita (con preavviso di almeno 15 giorni), l'oggetto della visita, la composizione del Team dei valutatori e degli interlocutori di cui si chiede la presenza, i documenti in originale che dovranno essere esibiti.

Analisi della documentazione

Il Team leader prima della data della visita alla struttura, esamina la documentazione prodotta e condivide le eventuali osservazioni con gli altri membri del gruppo, in un incontro pre-audit presso la struttura il giorno della visita.

Visita di verifica

Le visite di verifica in loco presso la sede legale/operativa del Provider ECM con accreditamento provvisorio, si svolgono di norma entro 60 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda di accreditamento mediante l'utilizzo della piattaforma Age.Na.S.-Regione del Veneto.

Durante la visita di verifica il Team di valutazione verifica che la situazione corrisponda realmente a quanto dichiarato dal Provider ECM con evidenza della documentazione prodotta all'atto della domanda di accreditamento provvisorio.

La visita ha lo scopo di verificare la sussistenza dei requisiti minimi di accreditamento del Provider regionale, congiuntamente alla presenza di una corretta documentazione, di un sistema di gestione della qualità, delle modalità di erogazione, progettazione, erogazione, controllo e monitoraggio degli eventi formativi.

Il Team inoltre durante la visita potrà prendere visione dei contratti dei dipendenti e consulenti, dei contratti di partenariato e sponsorizzazione, della documentazione relativa al conflitto di interessi e procedere ad esaminare a campione la documentazione relativa alle attività formative: residenziale, formazione sul campo, formazione e-learning.

Il Team cerca le evidenze del possesso dei requisiti oltre che nella documentazione, anche attraverso l'osservazione diretta e colloqui con il personale che lavora presso la struttura.

Il Team di valutazione può acquisire, se necessario, documenti che ritiene utile approfondire (es. verbali, procedure organizzative ecc.).

Per requisiti specifici saranno previsti standard di qualità a supporto degli stessi Provider, per orientare le proprie attività in un'ottica di miglioramento continuo dell'offerta formativa e in modo coerente con le attese del programma ECM.

Gli standard di qualità non sono vincolanti per il riconoscimento di accreditamento standard, pur rappresentando un'aspettativa di miglioramento strutturale e qualitativo cui il Provider deve tendere coerentemente con gli indirizzi regionali.

Il Provider a fronte della proposta di visita dovrà comunicare l'accettazione della data indicata per la visita o l'eventuale indisponibilità.

Sarà richiesta la presenza il legale rappresentante o suo delegato, affiancati preferibilmente dal responsabile/referente della qualità, dal responsabile/referente informatico e dal responsabile/referente della formazione o di altre figure ritenute utili per il regolare svolgimento della visita.

Verbale di visita

La visita si conclude con l'emissione del verbale redatto con l'ausilio della piattaforma informatica Age.Na.S.-Regione del Veneto e sottoscritto dalle parti dal quale emerge l'esito dell'incontro.

Il verbale in corrispondenza di ogni requisito previsto permette di specificare la conformità o rilevare eventuali difformità/criticità sanabili fornendo la necessaria documentazione integrativa. E' possibile inoltre riportare la valutazione complessiva sulla struttura visitata e di annotare le osservazioni da parte del Team di valutazione e da parte della struttura auditata.

Nel caso in cui venissero rilevate delle incongruenze lievi, il Provider potrà sanare le criticità integrando la documentazione mediante l'utilizzo della piattaforma Age.Na.S.-Regione del Veneto entro 40 giorni dalla comunicazione della Segreteria ECM- Age.Na.S.

Successivamente all'integrazione del Provider la Segreteria ECM- Age.Na.S. procede all'istruttoria della documentazione integrata attraverso la piattaforma Age.Na.S.e al termine, predispone una relazione per la Commissione Regionale ECM la fine di adottare i provvedimenti conseguenti relativi all'accreditamento standard o di preavviso di rigetto e successivo diniego della domanda.

Nel caso in cui durante la visita di verifica venissero riscontrate violazioni molto gravi degli adempimenti previsti delle norme nazionali (es. gravi difformità con la documentazione presentata, rifiuto all'accesso alla documentazione o ai fascicoli degli eventi, mancato adempimento all'obbligo delle dichiarazioni formali o dichiarazioni false in attestati, autocertificazioni, documenti ufficiali, etc.), il caso verrà sottoposto alla Commissione Regionale ECM al fine di valutare il provvedimento di diniego.

Il Provider ECM con diniego all'accreditamento standard non ha più titolo ad erogare formazione continua e la Commissione Regionale ECM procederà alla sua esclusione dall'Albo dei Provider.

Il Provider escluso dall'Albo per diniego dell'accreditamento standard avrà la facoltà di presentare nuovamente la richiesta di accreditamento provvisorio trascorso un periodo minimo di almeno 6 mesi (D.G.R. n. 2215/2011 - Art. 7 "Rifiuto dell'accreditamento").

TERMINI DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi della DGR n. 2215/2011 il procedimento di accreditamento standard si conclude entro 6 mesi dalla data di validazione della domanda con l'inserimento del Provider ECM nell'apposito Albo regionale dei provider ECM oppure con il provvedimento di diniego.

TUTELA DELLA PRIVACY

Il Team di valutazione svolge la propria attività nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia dei dati personali" e successive modificazioni.

I dati forniti dal Provider o altrimenti acquisiti nell'ambito dell'attività svolta, sono trattati per scopi strettamente collegati con l'esercizio dell'attività istituzionale.

Il personale del Team di valutazione accede alle sole informazioni la cui conoscenza sia indispensabile per adempiere i propri compiti e doveri d'ufficio, curandone la conservazione in modo che non siano accessibili al pubblico.

Il titolare del trattamento è la Regione del Veneto - Area Sanità e Sociale - Sezione Controlli e Governo del personale SSR - Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30123 Venezia.

DISPOSIZIONI FINALI

La Regione del Veneto garantisce, attraverso gli organismi di *governance* regionale della formazione continua (Commissione regionale ECM e Osservatorio Regionale per la formazione continua) il controllo *ex-post* dei Provider regionali con accreditamento standard per verificare lo stato di mantenimento e/o consolidamento dei requisiti.

Gli stessi sono sottoposti alla valutazione della qualità dell'attività formativa erogata (residenziali, formazione sul campo, formazione a distanza) mediante l'Osservatorio Regionale per la formazione continua in qualità di "braccio operativo" dell'Osservatorio nazionale che deve monitorare l'offerta formativa e la sua qualità attraverso *auditing* in loco.

Il mantenimento del ruolo di Provider ECM richiederà un allineamento degli obiettivi di formazione a quelli previsti dalla Regione del Veneto attraverso il piano socio sanitario regionale ai 2012 - 2016 e il Piano di indirizzo della Formazione a livello regionale (in via di sviluppo e definizione).



ALLEGATO A alla Dgr n. 1753 del 29 settembre 2014

pag. 9/18

ACCREDITAMENTO STANDARD PROVIDER ECM
AI SENSI DELL'ACCORDO STATO-REGIONI 19/04/2012 – Recepiro con D.G.R. n. 1969 del 2 ottobre 2012

EVIDENZE DOCUMENTALI ACCREDITAMENTO STANDARD AZIENDE SANITARIE – AZIENDE OSPEDALIERE ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO

REQUISITI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

REQUISITO	INDICATORE	EVIDENZA DOCUMENTALE DEI REQUISITI MINIMI
Legale Rappresentante	Presenza di un atto formale di attribuzione incarico	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto del Presidente della Regione del Veneto di nomina del Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria del SSR - Legale Rappresentante – CV - Atto di nomina del delegato - CV del delegato - Dichiarazione del legale rappresentante già acquisita dalla Regione del Veneto in fase di accreditamento provvisorio
Impegno nel campo della formazione continua in sanità	Presenza esplicita di finalità nel campo della formazione continua in sanità, anche a titolo non esclusivo	<ul style="list-style-type: none"> - Atto Aziendale (estratto): Individuazione della formazione e sua collocazione nell'atto aziendale. La formazione viene prevista nella <i>mission</i> aziendale - Presenza della formazione negli atti deliberativi/provvvedimenti dell' Azienda Sanitaria in relazione con il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 - Relazione dell'attività formativa svolta¹ in cui si evidenzia che il Provider ha progettato, pianificato, realizzato, monitorato attività formative in campo sanitario.
Esperienza formativa in ambito sanitario	Esistenza di pregresse attività formative in campo sanitario realizzate nell'ultimo triennio.	<ul style="list-style-type: none"> - Piano della Formazione annuale o pluriennale. - Presenza della delibera di approvazione e finanziamento del piano che autorizzi preventivamente lo svolgimento delle attività formative previste.
Affidabilità economico-finanziaria	Possesso di capacità economiche in rapporto all'entità dell'impegno	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza/estratto del conto economico dedicato - Dati economici complessivi e dedicati degli ultimi tre anni², esclusi i corsi/le

¹ Relazione prodotta come dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà firmata dal Legale rappresentante, dal Provider con l'istanza dei accreditamento standard.

	<p>programmato</p> <p>Presenza di un responsabile amministrativo</p>	<p>attività autofinanziati/e</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conto economico dedicato alla formazione con riscontro nel bilancio aziendale dal quale risultino i costi sostenuti per la formazione interna, esterna, autoaggiornamento (biblioteca, riviste, banche dati). Il bilancio deve indicare le risorse acquisite con l'attività formativa e quelle provenienti da altre fonti. - Estratto del bilancio di previsione dal quale risultano i finanziamenti destinati alla formazione (possibilmente interna ed esterna) in relazione ai fondi previsti dal CCNL e accordi regionali - Presenza n. dipendenti a tempo indeterminato o altro personale, corrispondente a quello dichiarato - Responsabile amministrazione - atto di nomina - Responsabile amministrazione - CV
<p>Affidabilità rispetto alle norme in tema di sicurezza</p>	<p>Possesso della documentazione anti-mafia (per privati)</p> <p>Rispetto degli obblighi relativi alla sicurezza e alla prevenzione degli infortuni (strutture e attrezzature)</p> <p>Possesso di altra documentazione formalmente sottoscritta che attesta che il Provider ha verificato e si fa garante anche nel caso le strutture e le attrezzature siano utilizzate in base a contratti e convenzioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Documento valutazione dei rischi delle aule (con particolare riferimento ai requisiti antincendio della struttura in cui si trovano). - Laddove vi siano rapporti convenzionali stabili per l'acquisizione di aule/spazi per la formazione è necessaria una dichiarazione rilasciata al Provider dall'ente in convenzione che la struttura rispetta gli standard di sicurezza previsti dalla normativa.
<p>Tipologie di formazione per le quali si chiede l'accreditamento</p>	<p>Formazione RES, FAD, FSC, BLENDED, altro.</p>	<p>Dichiarazione del legale rappresentante già acquisita dalla Regione del Veneto in fase di accreditamento provvisorio</p>
<p>Tipologia di professionisti sanitari per i quali si chiede l'accreditamento</p>	<p>Indicazione delle discipline e/o delle professioni destinarie delle attività formative</p>	<p>Dichiarazione del legale rappresentante già acquisita dalla Regione del Veneto in fase di accreditamento provvisorio</p>

² Per gli enti pubblici (es. Aziende Sanitarie) i documenti devono riguardare solamente il budget dell'Ufficio Formazione.

REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E DELLA QUALITÀ

REQUISITO	INDICATORE	EVIDENZA DOCUMENTALE
Sedi, strutture/attrezzature	Disponibilità e/o utilizzo di sedi, strutture e attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività formative e di quelle amministrative nel territorio della Regione del Veneto, con caratteristiche coerenti con i piani formativi proposti. Per FAD e FSC devono essere disponibili le condizioni e le attrezzature per organizzare e gestire iniziative di formazione a distanza, o attività di formazione sul campo.	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della struttura destinata alla programmazione/gestione - Elenco delle sedi, strutture e attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività formative e di quelle amministrative - Evidenza di eventuali contratti/convenzioni con strutture pubbliche o private per l'utilizzo di spazi/aule a supporto di quelle aziendali - Evidenza delle condizioni per l'utilizzo della FAD (dichiarazione dell'utilizzo delle attrezzature dedicate: PC in aula, PC da postazioni distribuite o PC da rete esterna)
Struttura organizzativa	Risorse umane che configurano una organizzazione finalizzata alla formazione Presenza di un responsabile della formazione	<ul style="list-style-type: none"> - Documentazione descrittiva con organigramma, funzionigramma dell'Ufficio/Servizio Formazione - Presenza di almeno un professionista con competenza sanitaria che collabora con continuità con l'Ufficio/Servizio Formazione per l'analisi dei bisogni, pianificazione, progettazione e verifica del processo formativo - Presenza ed elenco della figura del facilitatore/referente di formazione; - Responsabile/Referente della Formazione - atto di nomina - Responsabile/Referente della Formazione - CV
Sistema informatico	Presenza di un sistema informatico finalizzato alla gestione, elaborazione e archiviazione dei dati relativi alle attività formative.	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di assegnazione di risorse tecnologiche e umane con competenza specifica informatica, anche se non sotto la diretta responsabilità dell'Ufficio formazione - Presenza di procedure per la gestione, archiviazione, elaborazione dei dati relativi alle attività formative (ad es. manuale di informatizzazione, estratto delle procedure del piano di qualità) - Documentazione descrittiva sistema informatico dedicato alla formazione obbligatorio per la FAD - Presenza di un'anagrafe che raccoglie l'attività formativa del personale dipendente - Il sistema informativo garantisce la diffusione dell'offerta formativa (nel sito intranet dell'azienda è possibile consultare gli eventi formativi, data, sede, crediti

	<p>Presenza di un responsabile del sistema informatico</p> <p>Presenza di un coordinatore scientifico con competenze di progettazione e pianificazione delle attività formative.</p> <p>Presenza di un Comitato Scientifico per la validazione del piano formativo (almeno 5 componenti incluso il coordinatore).</p>	<p>programma, docenti)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabile sistema informatico - atto di nomina - Responsabile sistema informatico - CV - Il Coordinatore scientifico possiede una documentata esperienza nella progettazione e pianificazione della formazione continua - Coordinatore Comitato scientifico - atto di nomina - Coordinatore Comitato scientifico - CV - Il Comitato scientifico è composto da almeno 5 componenti incluso il Coordinatore ed è composto da esperti di più professioni sanitarie - Il Comitato scientifico ha validato il Piano formativo - Componenti del Comitato scientifico - atto di nomina - Componenti del Comitato scientifico - CV
--	---	--

REQUISITI DELL'OFFERTA FORMATIVA E GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ

REQUISITO	INDICATORE	EVIDENZA DOCUMENTALE
Sistema di miglioramento della qualità	<p>Presenza di procedure (per l'individuazione di margini di miglioramento dell'attività formativa e dell'organizzazione del servizio).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza del manuale oppure di procedure per il piano di miglioramento della qualità che prevede esplicitamente le procedure per: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi dei bisogni formativi 2. progettazione, l'erogazione, la valutazione 3. il conflitto di interessi 4. gestione e liquidazione incarichi 5. la chiusura amministrativa del corso 6. il miglioramento del servizio 7. descrizione della modalità di registrazione e gestione dei reclami 8. modalità di aggiornamento della procedura 9. modalità dei controlli - Esiste un report per singolo evento e complessivo delle risultanze dell'analisi dei questionari di qualità percepita e della valutazione dell'apprendimento - Per ogni evento viene creato e conservato un fascicolo cartaceo/digitale nel
	<p>Presenza di un responsabile della qualità</p>	

3 Le competenze scientifiche ed andragogiche possono essere possedute in proprio dal Provider ma anche acquisite mediante specifici accordi con soggetti di documentata capacità in rapporto ad obiettivi e target utenza. Questi accordi devono essere documentati da atti formali e curricula dei soggetti coinvolti.

		<p>quale sono raccolti tutti i documenti relativi all'attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabile Sistema qualità - atto di nomina - Responsabile Sistema Qualità - CV da cui si evinca una documentata formazione specifica
Rilevazione ed analisi fabbisogni formativi	Esistenza di procedure finalizzate alla rilevazione dei fabbisogni formativi.	<ul style="list-style-type: none"> - Sono presenti procedure per la rilevazione e l'analisi dei fabbisogni formativi relativamente alle attese dell'organizzazione, dei professionisti sanitari - Sono state definite le priorità della formazione aziendale - Il Piano formativo aziendale tiene conto delle indicazioni raccolte sui bisogni formativi - Gli incontri con i Referenti della formazione vengono documentati (ad es. verbali) e riguardano gli aspetti necessari all'analisi e alla pianificazione formativa
Pianificazione delle attività formative⁴	Al 15 dicembre dell'anno in corso presenza del piano formativo annuale per l'anno successivo	<ul style="list-style-type: none"> - Il Piano Formativo Aziendale comprende: <ol style="list-style-type: none"> 1) gli eventi programmati nell'anno, la tipologia (RES, FSC, FAD) con gli obiettivi formativi, il target di riferimento (professioni coinvolte) 2) il budget - Il Piano è stato trasmesso all'Ente accreditante entro il 15.12 dell'anno precedente (30 Dicembre per il 2013/2014) - Il Provider ha realizzato almeno il 50% delle attività programmata/pianificata per l'anno precedente
Progettazione delle attività formative	Osservanza dei principi e requisiti richiesti nel sistema di accreditamento regionale per la progettazione delle attività formative	<ul style="list-style-type: none"> - Per ogni evento formativo esiste un programma in cui sono indicati: <ol style="list-style-type: none"> 1. l'argomento (titolo) 2. gli obiettivi formativi 3. la tipologia formativa (RES, FAD, FSC) 4. le professioni alle quali si riferisce l'evento formativo 5. le modalità per la valutazione dell'apprendimento 6. i docenti e i tutor 7. il Responsabile scientifico con il suo curriculum 8. il periodo/sede (per FAD inizio/scadenza) 9. i criteri da assegnare secondo i criteri stabiliti dalla CNFC - Le metodologie formative e le modalità di valutazione scelte sono coerenti con gli obiettivi didattici

⁴ La pianificazione annuale deve essere trasmessa all'Ente accreditante entro il 15 dicembre dell'anno precedente. Il provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% dell'attività programmata annualmente, con la possibilità di aumentare, per ogni target di utenza già previsto, le attività formative coerentemente con le risorse disponibili e le richieste dell'utenza cui si rivolge e coerentemente con gli obiettivi formativi che ha indicato.

<p>Realizzazione e valutazione delle attività formative</p>	<p>Esistenza di procedure finalizzate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rilevazione della presenza • rilevazione del gradimento e della qualità percepita • rilevazione dell'apprendimento 	<p>- I controlli sono effettuati con metodologie e strumenti oggettivi relativamente a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rilevazione delle presenze: la presenza dei partecipanti viene rilevata all'entrata e all'uscita attraverso sistemi elettronici o con la firma su appositi fogli controfirmati e conservati 2) raggiungimento degli obiettivi di apprendimento 3) valutazione della qualità percepita <p>- Sono disponibili le dichiarazioni esplicite sottoscritte dai componenti degli organi direttivi del Provider e dei Responsabili (scientifico, amministrativo, sistema informativo) sulla assenza di interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della sanità</p> <p>Sono disponibili per ogni evento, le dichiarazioni di conflitto di interesse del Responsabile scientifico, dei docenti/relatori, moderatori/ formatori, tutor;</p> <p>- <u>La valutazione di qualità percepita</u> viene effettuata secondo il modello approvato dalla Commissione Regionale ECM</p> <p>- <u>La valutazione dell'apprendimento</u> viene effettuata con diversi strumenti (quesiti a scelta multipla o a risposta aperta, esame orale, esame pratico, produzione di un documento, realizzazione di un progetto, etc.) che sono coerenti con gli obiettivi formativi dichiarati ed hanno caratteristiche paragonabili per i diversi programmi in modo da creare condizioni standard di valutazione. Se vengono utilizzati i quesiti, essi sono almeno 3 per ogni credito ECM erogato (a scelta quadrupla con una sola risposta esatta se si usano quesiti a scelta multipla)</p>
<p>Distribuzione attestati ECM e trasmissione dei dati relativi alle partecipazioni</p>	<p>Esistenza di procedure per la distribuzione degli attestati ECM e per la trasmissione dei dati alla Regione del Veneto ed al COGEAPS</p>	<p>Presenza di procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per la distribuzione degli attestati ECM - per la trasmissione dei dati alla Regione del Veneto ed al COGEAPS
<p>Sponsorizzazione e patrocini</p>	<p>Devono essere inclusi nella documentazione relativa al programma definitivo di ogni evento ECM, inviato almeno 15 giorni prima dell'inizio patrocini e sponsor se presenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza agli atti di documenti comprovanti l'acquisizione di patrocini da enti o società - Documentazione relativa a contratti/convenzioni di sponsorizzazione, dove siano esplicitate le obbligazioni di entrambi i contraenti.
<p>Relazione attività annuale</p>	<p>Redazione di una relazione annuale sull'attività formativa svolta durante l'anno</p>	<p>Redazione della relazione annuale sull'attività formativa svolta sottoscritta dal Legale Rappresentante.</p>

	<p>da trasmettere all'Ente accreditante entro il 31 gennaio dell'anno successivo. La relazione deve contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Elenco eventi realizzatib) Confronto tra il programmato ed il realizzatoc) Numero partecipanti, professioni coinvolte, numero partecipanti cui sono stati attribuiti crediti per ciascuna attività formativad) Rilevazione statistiche finalizzate al miglioramento dell'offerta formativae) Quantità complessiva, delle risorse economico finanziarie –impiegate rispetto a quelle destinate dai bilanci, Quantità complessiva, anche espressa in percentuale, delle risorse provenienti dalle sponsorizzazioni e dettaglio distinto per ciascuna attività formativa.
--	---

STANDARD DI QUALITÀ DEL PROVIDER ECM CON ACCREDITAMENTO STANDARD

Evidenze documentali
AZIENDE SANITARIE – AZIENDE OSPEDALIERE
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO

REQUISITO	EVIDENZA DOCUMENTALE REQUISITI DI QUALITÀ
Esperienza formativa in ambito sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Il piano di formazione approvato potrà prevedere collaborazione con organizzazioni o associazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale per migliorare gli standard di qualità
Sicurezza degli spazi/aule per la formazione	<ul style="list-style-type: none"> -Indicazioni normative per la valutazione delle aule e spazi per la formazione
Struttura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Inserimento della struttura Organizzativa della Formazione nella funzione di staff della Direzione Generale - Team multidisciplinare composto da sanitari (almeno una persona tra le professioni sanitarie cui l'ECM si rivolge) amministrativi, esperti in comunicazione, personale con competenze informatiche
Sistema informatico	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di un'anagrafe che raccoglie l'attività formativa del personale convenzionato che partecipa ai corsi del Provider
Competenze scientifiche	<ul style="list-style-type: none"> - Il Comitato scientifico assicura il monitoraggio generale degli eventi relativamente alla qualità scientifica documentati nei verbali degli incontri - Il Comitato scientifico esamina i risultati delle valutazioni degli eventi, concorre allo sviluppo della valuta i risultati della formazione riportati nella relazione finale annuale anche ai fini della loro eventuale riproposizione in relazione alla qualità dei contenuti e delle evidenze scientifiche - Il Comitato scientifico approva i Responsabili scientifici dei singoli programmi formativi contenuti nel Piano formativo - Sono espliciti e utilizzati i criteri per la identificazione dei Responsabili scientifici dei programmi formativi e dei docenti - I curriculum aggiornati a meno di 6 mesi del Coordinatore e degli altri componenti del Comitato scientifico
Sistema di miglioramento della qualità	<ul style="list-style-type: none"> - C'è evidenza dell'applicazione del manuale della qualità per: <ol style="list-style-type: none"> 1) riesame della direzione 2) audit interni 3) azioni preventive o correttive messe in atto nell'anno precedente o in corso a fronte di problematiche emerse - Esiste una documentazione informatizzata che permette di ricostruire tutte le fasi di progettazione, erogazione e valutazione degli eventi formativi

	<ul style="list-style-type: none"> - I risultati della valutazione della qualità percepita e di apprendimento vengono inseriti nel sistema informativo, analizzati e valutati - E' previsto un programma formativo per lo sviluppo delle competenze del personale dell'Ufficio formazione Provider e collaboratori (es. referenti di formazione)
Rilevazione ed analisi fabbisogni formativi	<ul style="list-style-type: none"> - L'analisi dei fabbisogni formativi viene pianificata avvalendosi degli strumenti quantitativi e qualitativi propri della ricerca sociale (questionari, interviste, focus group, o altre metodologie di ascolto del personale) - La definizione dei fabbisogni formativi tiene conto delle diverse tipologie professionali anche eventualmente in base ai dati elaborati dai questionari di gradimento dei singoli professionisti - La definizione dei fabbisogni formativi tiene conto anche dei bisogni di salute della comunità - E' presente una documentazione relativa all'analisi dei fabbisogni formativi di ogni articolazione organizzativa (U.O.C./Dipartimento) - La rilevazione dei fabbisogni formativi è di indirizzo per la costruzione dei Dossier formativi - Il budget annuale è adeguato ai fabbisogni formativi dei professionisti, ai bisogni di salute della popolazione derivanti dal Piano Socio Sanitario Regionale) - Le riunioni con i referenti della formazione sono programmate, in modo da garantire la partecipazione di tutte le parti interessate e viene tenuta documentazione degli incontri con i referenti delle tematiche trattate - La documentazione relativa all'analisi dei fabbisogni formativi di ogni articolazione organizzativa è conservata e consultabile
Pianificazione delle attività formative	<ul style="list-style-type: none"> - Sono state avviate sperimentazioni del Dossier formativo individuale o di gruppo che hanno interessato almeno il 10% del personale dell'azienda - il piano formativo tiene conto della situazione epidemiologica, problemi di salute e delle innovazioni nell'assistenza - E' presente un elenco docenti in interni ed esterni aziendale con esperienza, curricula su cui assegnare gli incarichi di docenza che favorisca coerenza sul percorso formativo
Progettazione delle attività formative	<ul style="list-style-type: none"> - E' prevista una procedura per il monitoraggio del progetto formativo e per il suo eventuale adeguamento durante lo svolgimento - E' disponibile per i partecipanti un supporto didattico (contatto con responsabile scientifico, docenti, forum interattivo, ...) anche dopo la conclusione degli eventi - Le attività formative sono pianificate attraverso l'utilizzo di dossier formativi
Realizzazione delle attività formative	<ul style="list-style-type: none"> - I curriculum dei docenti attivi nell'ultimo anno sono disponibili e consultabili sul sito web - Sul sito web del provider è presente un'area delle offerte formative erogate con eventuale materiale didattico scaricabile o

	<p>consultabile</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esiste un documento destinato ai docenti in cui si specificano: <ul style="list-style-type: none"> a. obiettivi didattici generali e specifici misurabili e applicabili... b. metodologie didattiche c. modalità di valutazione - Il provider dispone di un collegamento online con le banche dati scientifiche a pagamento - Sono disponibili spazi, arredi ed attrezzature adeguati alle metodologie didattiche al fine di favorire un buon setting di apprendimento - Nei corsi teorico/pratici è presente un tutor d'aula con funzioni di facilitazione dell'apprendimento dei partecipanti
<p>Valutazione delle attività formative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - E' prevista una modalità specifica per la valutazione delle competenze in ingresso dei partecipanti da confrontare con la situazione al termine dell'evento, in modo da consentire il raggiungimento delle performance individuali attese - i risultati delle valutazioni finali e dei questionari di gradimento sono resi disponibili ai docenti e agli organizzatori e responsabile scientifico dell'evento - Nei progetti formativi articolati in più moduli didattici sono previste modalità specifiche di valutazione alla fine di ogni sessione didattica dell'apprendimento con la finalità di favorire e consolidare l'apprendimento - Gli strumenti di valutazione sono adeguati alle differenti caratteristiche degli obiettivi formativi in base alla loro tipologia (conoscitivi, di abilità, ...) - Nel questionario di percezione della qualità viene richiesto al partecipante di esprimere la propria valutazione sui singoli docenti - Nel questionario di valutazione dell'evento somministrato dal provider viene richiesto al partecipante di esprimere la propria valutazione sul tempo impiegato per ogni sessione o argomento trattato - La valutazione di qualità percepita viene effettuata attraverso un questionario contenente informazioni sui seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> a. valutazione complessiva dell'evento b. argomenti da approfondire c. suggerimenti
<p>Sponsorizzazione e patrocini</p>	<p>Sviluppo di procedure per la gestione delle sponsorizzazioni e dei patrocini</p>