



|                    |                           |          |
|--------------------|---------------------------|----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.     |
| Ancona             | Data <b>= 9 MAG. 2013</b> | <b>1</b> |

**DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA  
P.F. ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA, RICERCA E FORMAZIONE  
N. 3/RAO DEL - 9 MAG. 2013**

**Oggetto: approvazione format e procedura informatizzata per l'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche di cui alla DGR 520/13**

**IL DIRIGENTE DELLA  
P.F. ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA, RICERCA E FORMAZIONE**

-----

VISTO il documento istruttorio riportato in calce al presente decreto, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di emanare il presente decreto;

VISTO l'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 e s.m.i.;

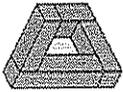
VISTO l'articolo 4 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 e s.m.i.;

VISTA la D.G.R. n. DGR n. 378 del 19/03/2013, ad oggetto "L.R. n.26/96 e L.R. n.20/01 – Disposizioni concernenti la riorganizzazione dell'Agenzia Regionale Sanitaria";

**- D E C R E T A -**

- di approvare i seguenti "format" da utilizzare per l'accreditamento dei provider, che si allegano al presente atto, quale parte integrante e sostanziale:
  - Allegato A "Schema di atto di nomina";
  - Allegato B "Curriculum formato europeo";
  - Allegato C "Schema di Piano Formativo annuale";
  - Allegato D "Schema di Report della formazione annuale/triennale";
  - Allegato E "Organigramma e funzionigramma";
- di approvare il Documento "Allegato F", contenente indicazioni sulla procedura informatizzata per la gestione del processo di accreditamento dei provider e di accreditamento corsi, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di dare atto che dal presente decreto non deriva né può derivare alcun onere a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE DELLA POSIZIONE DI FUNZIONE  
Dr.ssa Lucia Di Furia**



|                                  |                              |                      |
|----------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero<br><b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>2</b> |
|                                  | Data<br><b>- 9 MAG. 2013</b> |                      |

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**Riferimenti Normativi**

- **Accordo Stato-Regioni** "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" del 19 aprile 2012 (Rep. Atti n. 101/CSR), Gazzetta Ufficiale n. 111/2012 del 14 maggio 2012 Supplemento ordinario n.98;
- **DGR n. 520** del 8/04/2013, ad oggetto: "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche".

**Motivazioni**

Con DGR n. 520 del 8/04/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche", la Regione Marche ha recepito l'Accordo Stato Regioni 2012 e previsto il riordino del sistema regionale ECM, individuando l'ARS quale ente accreditante dei provider pubblici e privati della Regione Marche e istituendo nuovi organismi di supporto al sistema: Commissione Tecnica ECM e Osservatorio regionale sulla qualità della formazione continua ECM.

La Commissione Tecnica ECM verifica il possesso dei requisiti dei provider pubblici e privati della Regione Marche in coerenza con quanto previsto nel Manuale di accreditamento regionale (allegato B della DGR n.520 del 8/04/2013) attraverso l'esame della documentazione, le visite sul campo presso le sedi dei provider e attraverso il sistema informatizzato, ai fini del rilascio dell'accreditamento provvisorio e standard.

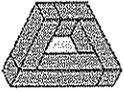
Conseguentemente, per l'esame della documentazione, al fine di dare omogeneità alle procedure e agli strumenti utilizzati per l'accreditamento nonché per promuovere buone prassi per la stesura di documenti programmatici e di rendicontazione, si è ritenuto utile predisporre dei formati relativi alla documentazione da presentare nella richiesta di accreditamento, che si allegano al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale (Allegati A, B, C, D, E).

Inoltre, si ravvisa l'opportunità di fornire indicazioni sulla procedura informatizzata per richiedere l'accreditamento come provider sul sito regionale "<http://ecm.sanita.marche.it>" e per accreditare le attività formative ECM, che vengono riportate nell'allegato documento (Allegato F), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Pertanto, per le motivazioni riportate in premessa,

**SI PROPONE**

- di approvare i seguenti "formati" da utilizzare per l'accreditamento dei provider, che si allegano al presente atto, quale parte integrante e sostanziale:
  - Allegato A "Schema di atto di nomina";
  - Allegato B "Curriculum formato europeo";
  - Allegato C "Schema di Piano Formativo annuale";
  - Allegato D "Schema di Report della formazione annuale/triennale";



|                              |                    |           |
|------------------------------|--------------------|-----------|
| Luogo di emissione<br>Ancona | Numero 31RAO       | Pag.<br>3 |
|                              | Data - 9 MAG. 2013 |           |

- Allegato E "Organigramma e funzionigramma";
- di approvare il Documento "Allegato F", contenente indicazioni sulla procedura informatizzata per la gestione del processo di accreditamento dei provider e di accreditamento corsi, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di dare atto che dal presente decreto non deriva né può derivare alcun onere a carico della Regione.

Il Responsabile del Procedimento  
(Dott.ssa Federica Pediconi)

- ALLEGATI -  
(n. 6)



|                                  |                            |               |
|----------------------------------|----------------------------|---------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>31RAO</b>        | Pag.<br><br>4 |
|                                  | Data -- <b>9 MAG. 2013</b> |               |

**ALLEGATO A**

**SCHEMA DI ATTO DI NOMINA**

**(Per gli enti del SSR e la Scuola regionale di formazione della pubblica amministrazione l'atto di nomina può essere rappresentato da una delibera o da un decreto)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, rappresentante legale della \_\_\_\_\_, in virtù dei poteri conferiti (dall'art. \_\_\_\_\_ dell'atto costitutivo; o dall'art. \_\_\_\_\_ dello Statuto; o dal consiglio di amministrazione o dall'assemblea dei soci/associati ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ dell'atto costitutivo/statuto, adottato con delibera del \_\_\_\_\_),

**Nomina**

«Cognome» «Nome» «Mansione»,  
 Responsabile di \_\_\_\_\_,

Tale nomina è in relazione alle operazioni \_\_\_\_\_, attenendosi alle seguenti disposizioni:

- \_\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_,

La presente nomina ha validità \_\_\_\_\_.

L'incaricato sottoscritto prende atto di quanto previsto nella presente nomina ed assume la qualifica di \_\_\_\_\_.

Luogo e Data

IL TITOLARE  
 Dott. \_\_\_\_\_ (firma e timbro)

L'INCARICATO  
 Dott. \_\_\_\_\_ (firma )



|                                  |                            |                      |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>31RAO</b>        | Pag.<br><br><b>5</b> |
|                                  | Data -- <b>9 MAR. 2013</b> |                      |

**ALLEGATO B**



**Curriculum Vitae Europass**

Inserire una fotografia (facoltativo, v. istruzioni)

**Informazioni personali**

Nome(i) / Cognome(i) **Nome(i) Cognome(i)** Facoltativo (v. istruzioni)  
 Indirizzo(i) Numero civico, via, codice postale, città, nazione. Facoltativo (v. istruzioni)  
 Telefono(i) Facoltativo (v. istruzioni) Cellulare: Facoltativo (v. istruzioni)  
 Fax Facoltativo (v. istruzioni)  
 E-mail Facoltativo (v. istruzioni)

Cittadinanza Facoltativo (v. istruzioni)

Data di nascita Facoltativo (v. istruzioni)

Sesso Facoltativo (v. istruzioni)

**Occupazione desiderata/Settore professionale**

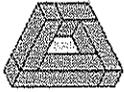
Facoltativo (v. istruzioni)

**Esperienza professionale**

Date Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto. Facoltativo (v. istruzioni)  
 Lavoro o posizione ricoperti  
 Principali attività e responsabilità  
 Nome e indirizzo del datore di lavoro  
 Tipo di attività o settore

**Istruzione e formazione**

Date Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo. Facoltativo (v. istruzioni)  
 Titolo della qualifica rilasciata  
 Principali tematiche/competenze professionali possedute



|                                  |                          |                      |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>      | Pag.<br><br><b>6</b> |
|                                  | Data <b>- 9 MAR 2013</b> |                      |

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

Facoltativo (v. istruzioni)

**Capacità e competenze personali**

Madrelingua(e)

**Precisare madrelingua(e)**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)*

**Lingua**

**Lingua**

| Comprensione |         | Parlato           |                  | Scritto |  |
|--------------|---------|-------------------|------------------|---------|--|
| Ascolto      | Lettura | Interazione orale | Produzione orale |         |  |
|              |         |                   |                  |         |  |
|              |         |                   |                  |         |  |

*(\*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue*

Capacità e competenze sociali

Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Capacità e competenze organizzative

Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Capacità e competenze tecniche

Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Capacità e competenze informatiche

Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Capacità e competenze artistiche

Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Altre capacità e competenze

Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Patente

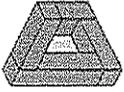
Indicare la(e) patente(i) di cui siete titolari precisandone la categoria. (facoltativo, v. istruzioni)

**Ulteriori informazioni**

Inserire qui ogni altra informazione utile, ad esempio persone di riferimento, referenze, ecc. (facoltativo, v. istruzioni)

**Allegati**

Enumerare gli allegati al CV. (facoltativo, v. istruzioni)



|                    |                           |          |
|--------------------|---------------------------|----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.     |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> | <b>7</b> |

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".

Firma

**ALLEGATO C**

**SCHEMA DI  
PIANO FORMATIVO ANNUALE**

Anno \_\_\_\_\_ a cura di....

**1. Introduzione**

**2. Modalità di costruzione del piano** (analisi del fabbisogno). Per gli enti del SSR evidenza dell'utilizzo della rete dei referenti della formazione e del Dossier Formativo nei servizi dove costruito, sperimentato e implementato.

**3. Elenco progetti formativi** con l'indicazione per ciascuno

- del titolo
- dell'obiettivo formativo e area di riferimento nazionali e regionali collegata (Accordo Stato Regioni 2009),
- del processo organizzativo/prestazione sanitaria collegato/a;
- dei destinatari (figure/profili) e del n. partecipanti per edizione;
- della metodologia formativa;
- della durata per edizione;
- del n. crediti programmati;
- degli strumenti di valutazione;
- della spesa preventivata;
- della sponsorizzazione (se presente).

Per gli enti del SSR anche l'indicazione del budget individuato per la formazione individuale fuori sede.

**4. Eventuali strumenti di valutazione del Piano**

Data

Firma del legale Rappresentante



|                              |                           |                  |
|------------------------------|---------------------------|------------------|
| Luogo di emissione<br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.<br><b>8</b> |
|                              | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> |                  |

**ALLEGATO D**

**SCHEMA DI  
REPORT DELL'ATTIVITA' ANNUALE/TRIENNALE FORMATIVA**

**DATI DI ATTIVITÀ ANNO...:**  
a cura di....

**1. Introduzione**

**2. Analisi quali-quantitativa dei dati:**

- eventi realizzati e confronto con il programmato. (Il provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% dell'attività programmata annualmente DGR n.520/13)
- offerta formativa per professioni, metodologie utilizzate, strumenti di valutazione dell'apprendimento utilizzati, attività erogata per aree di riferimento nazionali/regionali (Accordo Stato Reg.2009 e seg. recepiti con DGR 520/13) e per aree di competenza
- numero partecipanti, num. partecipanti a cui sono stati attribuiti crediti, media partecipanti aula (Per gli enti del SSR anche la media crediti per professionista sanitario)

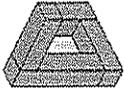
**3. Aspetti economico-finanziari.**

Bilancio preventivo e consuntivo della formazione e costo credito  
(Per gli enti del SSR anche il rapporto con l'1% del Monte Salari)

4. Quantità complessiva delle risorse provenienti dalla **sponsorizzazione** e loro allocazione/dettaglio per singolo evento.
5. Rilevazioni statistiche finalizzate al **miglioramento dell'offerta formativa** nei suoi aspetti organizzativi (qualità percepita, implementazione):
  - risultato ed analisi dei dati derivanti dai questionari sulla qualità percepita ed indicazione degli interventi correttivi o integrativi volti al miglioramento della qualità dell'offerta formativa futura.
6. **Conclusioni.** Sintesi dell'andamento dell'attività realizzata nell'anno di riferimento e relative riflessioni.
7. **Autodichiarazione:** io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante del Provider \_\_\_\_\_ dichiaro di aver adempiuto agli obblighi informativi nei confronti dell'utenza, dell'ente accreditante e del Cogeps.

Data

Firma del legale Rappresentante



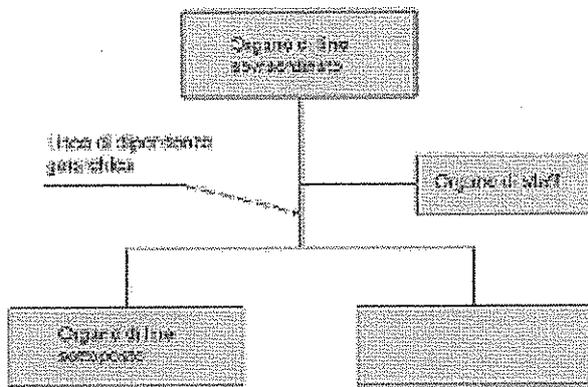
|                                  |                         |                      |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>     | Pag.<br><br><b>9</b> |
|                                  | Data <b>9 MAG, 2013</b> |                      |

**ALLEGATO E**

**Organigramma**

L'**organigramma** è un riferimento formale per la comprensione delle responsabilità e delle risorse umane (quantità) e non delle funzioni delle unità organizzative.

**Tipo di lettura:** l'analisi investe la dimensione verticale. Le relazioni di sovra e subordinazione (gerarchie), responsabilità organizzativa, dotazione organica.

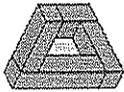


**Funzionigramma**

Il **funzionigramma** rappresenta le unità organizzative in base alle funzioni svolte.

**Tipo di lettura:** l'analisi investe la dimensione orizzontale. L'ambito di attività attribuito, articolazione/attribuzioni di attività, compiti, funzioni, competenze, responsabilità tecnico-scientifica.

| Unità organizzative | Funzioni                          |
|---------------------|-----------------------------------|
| Segreteria .....    | - Gestisce....<br>- Definisce.... |
|                     |                                   |
|                     |                                   |
|                     |                                   |

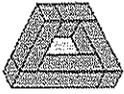


|                    |                           |           |
|--------------------|---------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> | <b>10</b> |

ALLEGATO F

***GESTIONE INFORMATIZZATA  
DELL'ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER***

1. INTRODUZIONE
2. ACCREDITAMENTO PROVVISORIO DEL PROVIDER
3. ACCREDITAMENTO STANDARD
4. SCADENZIARIO
5. ACCREDITAMENTO CORSI
6. ASPETTI SPECIFICI
7. RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

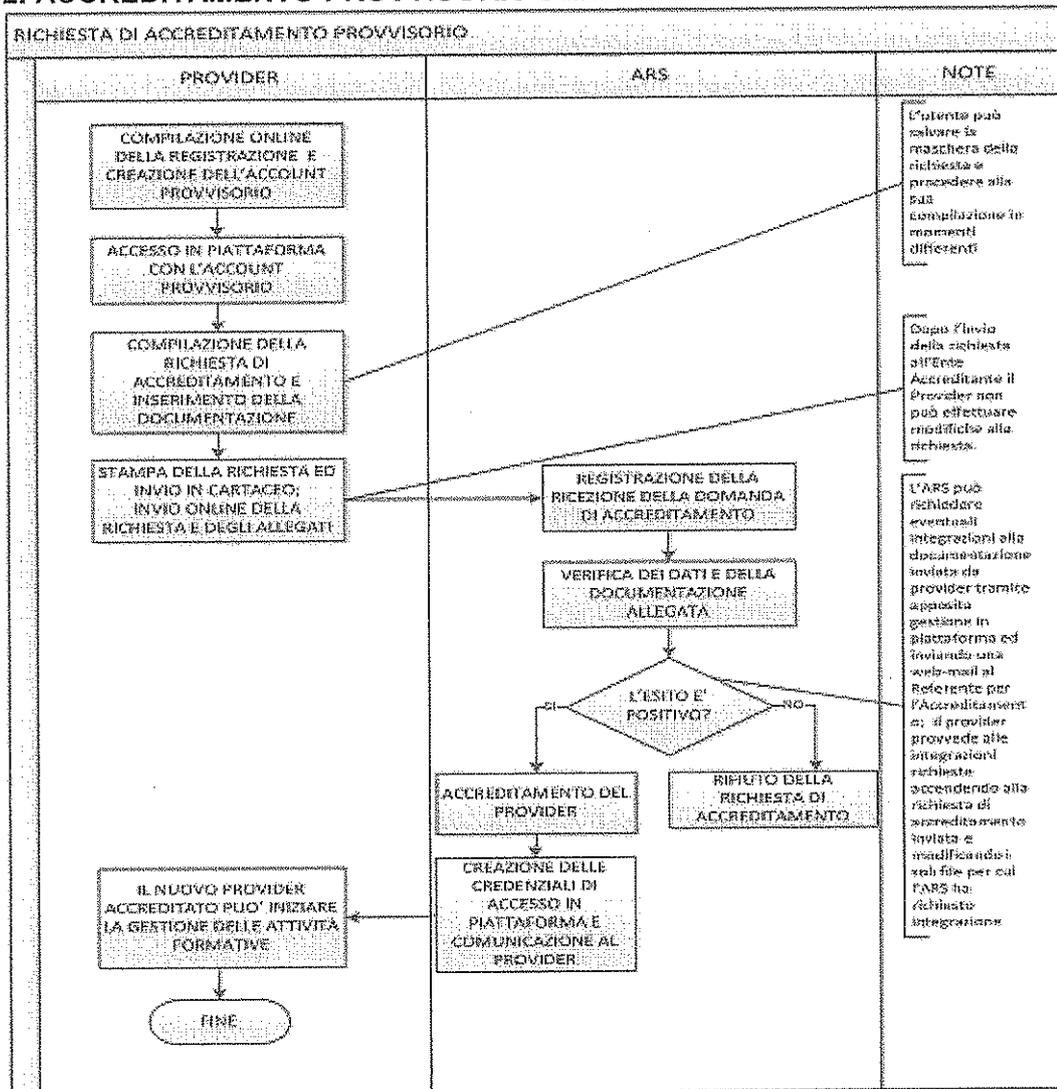


|                                  |                           |                       |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>11</b> |
|                                  | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> |                       |

### 1. INTRODUZIONE

Lo scopo del documento è quello di descrivere la procedura informatica utilizzata per l'accREDITAMENTO dei provider della Regione Marche. Il riferimento normativo utilizzato per la costruzione della suddetta procedura è la DGR n. 520/13.

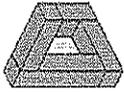
### 2. ACCREDITAMENTO PROVVISORIO DEL PROVIDER



#### 2.1 RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO (PROVVISORIO)

In conformità a quanto previsto dalla DGR n.520/13 i provider regionali che possono inviare richiesta di accreditamento sono:

- gli Enti del SSR e gli altri soggetti pubblici o privati erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed eventuali enti di formazione a partecipazione pubblica regionale.
- i soggetti non erogatori di prestazioni sanitarie (società scientifiche, enti di formazione, Università etc.) pubblici e privati che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche;
- gli Ordini, Collegi e Associazioni professionali che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche.



|                                  |                              |                   |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero<br><b>3/RAO</b>       | Pag.<br><b>12</b> |
|                                  | Data<br><b>- 9 MAG. 2013</b> |                   |

L'aspirante provider si collega al sito <http://ecm.sanita.marche.it> dove trova in area free la normativa nazionale, regionale, le news, l'albo dei provider, l'offerta formativa, la possibilità di iscrizione on line nonché la parte dedicata all'accreditamento dei provider regionali (registrazione).

La maschera per la compilazione e l'invio della richiesta di accreditamento dei provider nel sistema regionale è stata realizzata per consentire di inserire le informazioni necessarie alla dichiarazione del possesso dei requisiti minimi nonché di allegare la documentazione necessaria attestante il possesso dei requisiti stessi. Il processo di invio delle richieste di accreditamento è caratterizzato dalle seguenti fasi:

- A. **REGISTRAZIONE.** L'ente che intende accreditarsi compila una maschera di registrazione contenente alcune informazioni di base/identificative ed ottiene un account collegato ad un nuovo profilo di accesso (referente dell'accreditamento);
- B. **COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA.** L'ente accede in piattaforma con l'account derivante dalla registrazione e provvede alla compilazione della maschera per la richiesta di accreditamento e ad allegare la documentazione (anche in momenti temporali differenti grazie alla funzionalità di salvataggio della maschera);
- C. **INVIO DELLA RICHIESTA.** L'ente al termine della compilazione invia la richiesta all'ARS (PF competente);
- D. **GESTIONE DELLA RICHIESTA.** L'ARS riceve la richiesta di accreditamento, la verifica e provvede ad accreditare o a rifiutare il provider.

Di seguito si dettagliano le fasi sopra indicate.

#### **FASE A – REGISTRAZIONE**

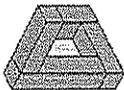
Dal link "Accreditamento Provider" presente nell'Area Free della piattaforma (nella sezione REGISTRAZIONE) l'utente accede a una maschera in cui sono richieste le informazioni relative ai dati del provider:

#### **DATI DEL PROVIDER**

**TIPO PROVIDER:** *campo obbligatorio, selezione univoca tra*

- Pubblico: enti del SSR (ASUR, AO, INRCA) e altri soggetti pubblici erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed eventuali enti di formazione a partecipazione pubblica regionale che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche.  
Specificare il tipo di prestazione erogata: *(in caso di selezione dell'opzione)*
- Pubblico: soggetti non erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Università, Società scientifiche, Enti di formazione,...) che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche.
- Privato: soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Presidi, Case di cura, Cliniche,...) che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche.  
Specificare il tipo di prestazione erogata: *(in caso di selezione dell'opzione)*
- Privato: soggetti non erogatori di prestazioni sanitarie che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche.
- Ordini/Collegi o Associazioni professionali che erogano formazione rivolta esclusivamente agli operatori sanitari della Regione Marche.





|                    |                           |           |
|--------------------|---------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> | <b>13</b> |

DENOMINAZIONE DELL'ENTE: *campo obbligatorio da compilare digitando la denominazione dell'ente*  
CF/P.I.V.A: *campo obbligatorio da compilare (il sistema effettua un controllo sulla partita I.V.A. inserita: non è possibile effettuare più richieste di accreditamento indicando la stessa partita I.V.A.)*

#### **Sede legale e ufficiale**

LUOGO: *digitando il nome del comune nel campo Luogo e selezionando il tasto cerca sarà possibile selezionare dall'elenco dei comuni d'Italia il comune d'interesse e in automatico verranno compilati anche i campi PROVINCIA e CAP*

INDIRIZZO: *campo obbligatorio da compilare*

TEL: *campo obbligatorio da compilare*

FAX: *campo obbligatorio da compilare*

- Previste una o più Sedi Operative (se diverse da quella legale)

#### **Sedi operative**

LUOGO: *digitando il nome del comune nel campo Luogo e selezionando il tasto cerca sarà possibile selezionare dall'elenco dei comuni d'Italia il comune d'interesse e in automatico verranno compilati anche i campi PROVINCIA e CAP.*

INDIRIZZO: *campo obbligatorio da compilare*

TEL: *campo obbligatorio da compilare*

FAX: *campo facoltativo*

#### **Dichiarante**

COGNOME: *digitazione del cognome* NOME: *digitazione del nome*

LUOGO DI NASCITA: *ricerca e selezione del luogo di nascita* SESSO: *selezione del sesso*

DATA DI NASCITA: *selezione o digitazione della data di nascita*

CODICE FISCALE: *digitazione del codice fiscale*

RESIDENTE A: CITTÀ: *digitando il nome del comune nel campo Luogo e selezionando il tasto cerca sarà possibile selezionare dall'elenco dei comuni d'Italia il comune d'interesse e in automatico verranno compilati anche i campi PROVINCIA e CAP.*

INDIRIZZO: *campo obbligatorio da compilare*

EMAIL: *digitazione dell'e-mail*

TEL: *digitazione del n° di tel*

#### **in qualità di rappresentante legale dell'ente**

#### **Referente per la procedura di accreditamento**

COGNOME: *digitazione del cognome* NOME: *digitazione del nome*

DATA DI NASCITA: *selezione o digitazione della data di nascita* SESSO: *selezione del sesso*

LUOGO DI NASCITA: *ricerca e selezione del luogo di nascita*

CODICE FISCALE: *digitazione del codice fiscale*

EMAIL: *digitazione dell'e-mail*

TEL: *digitazione del n° di tel*

#### **ACCOUNT REGISTRAZIONE**

Username: (assegnato dal Sistema sulla base dei dati del Referente per l'accREDITamento)

Password: (scelta dall'utente)

Conferma Password:

La password deve rispettare i seguenti criteri:

Almeno otto caratteri

Almeno due caratteri numerici



|                                  |                         |                       |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>31RAO</b>     | Pag.<br><br><b>14</b> |
|                                  | Data <b>9 MAG. 2013</b> |                       |

Almeno un carattere alfabetico  
 Non deve contenere caratteri speciali tipo: [spazio] ' % à .  
 Deve essere diverso dall'Username

- Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

**FASE B – COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA**

In Area Free nella sezione AREA RISERVATA l'utente provvede ad inserire lo username e la password derivanti dalla registrazione. Alla selezione del link ACCREDITAMENTO accede alla seguente griglia:

| RICHIEDI ACCREDITAMENTO PROVVISORIO |                                |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| RICHIESTA                           | inviata il:<br>accreditato il: |  |

Alla selezione RICHIESTA, l'utente accede alla maschera di richiesta di accreditamento costituita dalle seguenti sezioni:

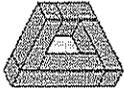
|                   |               |                |         |
|-------------------|---------------|----------------|---------|
| DATI DEL PROVIDER | DICHIARAZIONE | DOCUMENTAZIONE | PRIVACY |
|-------------------|---------------|----------------|---------|

- DATI DEL PROVIDER: la sezione è precompilata con le informazioni che l'ente ha inserito in Area Free (Fase A);
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (pag.24);
- DOCUMENTAZIONE: sezione che consente di allegare la documentazione richiesta. Per il dettaglio di tale sezione si rimanda al paragrafo 2.2
- PRIVACY

In fondo alla maschera sarà disponibile il salvataggio dei dati inseriti: la maschera può essere successivamente modificata e salvata fino all'invio definitivo all'ARS.

**FASE C – INVIO DELLA RICHIESTA**

Tale sezione consente l'invio della richiesta all'Ente Accreditante e solo selezionando il tasto di "INVIO" il sistema genera il report da stampare ed inviare in cartaceo all'ARS (paragrafo 7). Dopo l'invio non è più possibile apportare ulteriori modifiche alla richiesta.



|                                  |                           |                       |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3   RAO</b>     | Pag.<br><br><b>15</b> |
|                                  | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> |                       |

**FASE D – GESTIONE DELLA RICHIESTA** da parte dell'ARS.

Dall'icona che consente di visualizzare e gestire la richiesta di accreditamento  l'ARS accede alla maschera di richiesta compilata dal provider e al folder aggiuntivo DOCUMENTAZIONE in cui può verificare la documentazione allegata dal provider, effettuando il download.

La piattaforma consente:

- all'ARS di richiedere delle integrazioni al provider che ha inviato richiesta di accreditamento;
- al Provider di integrare i file ritenuti non idonei.

Dal menu PROVIDER nell'area GESTIONE PROVIDER è inserito un apposito link denominato VERIFICHE DOCUMENTALI: alla selezione del link l'ARS accede alla gestione per l'invio delle integrazioni.

L'ARS visualizza l'elenco dei provider che hanno inviato la richiesta di accreditamento nella seguente griglia di riepilogo:

| PROVIDER | DOCUMENTAZIONE | STATO VERIFICA | STORICO |
|----------|----------------|----------------|---------|
|          |                |                |         |
|          |                |                |         |

Dalla colonna DOCUMENTAZIONE l'ARS potrà accedere ad una maschera in cui può indicare per quali file si richiede integrazione: il sistema presenta l'elenco dei file richiesti in fase di invio della documentazione e la possibilità di sbloccare la gestione della sezione in cui devono essere allegati i file corretti.

Dopo l'indicazione delle sezioni da sbloccare l'ARS invierà al Referente per la procedura di accreditamento una web-mail al fine di avvisarlo della richiesta di integrazione dei documenti.

Il Referente per la procedura di accreditamento, accedendo in piattaforma, riceve la web-mail e all'interno della maschera di richiesta accreditamento, nel folder DOCUMENTAZIONE, visualizzerà in modifica solo le sezioni per cui l'ARS ha effettuato lo sblocco e potrà procedere ad allegare i file corretti: al termine dell'attività seleziona il link CONFERMA ed i file allegati vengono resi visibili all'ARS. L'Ente Accreditante visualizza all'interno della maschera di gestione delle integrazioni quali sono i file modificati dal Provider tramite una colorazione differente rispetto a quelli non modificati e tramite l'indicazione della data dell'ultima modifica: l'ARS verifica i file sostituiti e, o procede al rilascio dell'accREDITAMENTO, o chiede ulteriori integrazioni.

Nella maschera delle integrazioni e nel folder DOCUMENTAZIONE della richiesta di accreditamento provider l'ARS visualizza sempre l'ultima versione dei file allegati: nello STORICO disponibile al link VERIFICHE DOCUMENTALI potrà verificare la documentazione precedentemente allegata che è stata sostituita.

Il sistema attribuirà i seguenti stati alle verifiche della documentazione effettuata dall'ARS (visibile nella griglia di riepilogo alla colonna STATO VERIFICA):

- **COMPLETA:** è lo stato iniziale della verifica. Il provider ha inviato tutta la documentazione in fase di invio della richiesta di accreditamento e l'ARS non ha mai provveduto ad inviare una richiesta di integrazione;
- **RICHIESTA INTEGRAZIONE:** è lo stato assunto dalla verifica nel caso in cui l'ARS ha effettuato una richiesta di integrazione sbloccando una o più sezioni;





|                                  |                           |                       |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>16</b> |
|                                  | Data <b>- 9 MAG, 2013</b> |                       |

- **INTEGRATA:** è lo stato assunto dalla verifica nel caso in cui l'ARS ha effettuato una richiesta di integrazione sbloccando una o più sezioni ed il provider ha provveduto ad allegare i file aggiornati.

L'ARS al termine della verifica della documentazione (con le dovute integrazioni se richieste) procede ad ACCREDITARE PROVVISORIAMENTE il provider o a RIFIUTARE la richiesta con le relative motivazioni.

## 2.2 SEZIONE DOCUMENTAZIONE

|                   |               |                |         |
|-------------------|---------------|----------------|---------|
| DATI DEL PROVIDER | DICHIARAZIONE | DOCUMENTAZIONE | PRIVACY |
|-------------------|---------------|----------------|---------|

In tale sezione sarà presente la seguente maschera per allegare i file:

### A. REQUISITI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

| REQUISITO   | EVIDENZA/ALLEGATO  |  |
|---|--|--|
| Ragione Sociale   | STATUTO<br><i>Obbligatorio solo per soggetti privati</i>   |  |
| Legale rappresentante   | - CURRICULUM VITAE<br><i>Obbligatorio solo per soggetti privati</i><br><br>- ATTO DI NOMINA<br><i>Obbligatorio solo per soggetti privati</i> |  |
| Pregressa esperienza in attività didattico/formativa in campo sanitario | DOCUMENTO ESPERIENZA TRIENNALE NELLA FORMAZIONE<br><i>Non obbligatorio solo per enti di nuova istituzione</i>                                |  |
| Affidabilità economico-finanziaria                                      | - BILANCIO ECONOMICO/BUDGET FORMAZIONE<br><br>- CV DEL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO<br><br>- ATTO DI NOMINA DEL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO   |  |

### B. REQUISITI DELLA STRUTTURA/ORGANIZZAZIONE

| REQUISITO               | EVIDENZA/ALLEGATO   |  |
|-------------------------|---|--|
| Struttura organizzativa | - ORGANIGRAMMA<br><br>- FUNZIONIGRAMMA<br><br>- CV DEL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE<br><br>- ATTO DI NOMINA RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE<br><br>- CV DI ALMENO 1 COLLABORATORE PROGETTISTA DELL'UFFICIO DI FORMAZIONE<br><br>- DOCUMENTO RETE REFERENTI DELLA |  |



|                                  |                              |                |
|----------------------------------|------------------------------|----------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero<br><b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br>17 |
|                                  | Data<br><b>- 9 MAG, 2013</b> |                |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Competenze scientifiche</b>                     | <b>FORMAZIONE (Obbligatorio solo per gli Enti del SSR)</b><br>- ATTO DI NOMINA DEL COORDINATORE DEL COMITATO SCIENTIFICO<br>- CV DEL COORDINATORE DEL COMITATO SCIENTIFICO<br>- ATTO DI NOMINA DEI COMPONENTI DEL COMITATO SCIENTIFICO<br>- ALMENO 5 CV DEI COMPONENTI DEL COMITATO SCIENTIFICO |  |
| <b>Implementazione miglioramento della qualità</b> | - PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA FORMAZIONE<br>- ATTO DI NOMINA DEL REFERENTE DELLA QUALITÀ<br>- CV DEL REFERENTE DELLA QUALITÀ  |  |
|  |   |  |

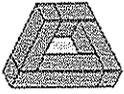
**C. REQUISITI DELLA OFFERTA FORMATIVA**

| REQUISITO  | EVIDENZA/ALLEGATO   |  |
|--|---|--|
| <b>Rilevazione ed analisi fabbisogni formativi</b> | SCHEDA DI ANALISI DEL FABBISOGNO/DOCUMENTO O MODALITÀ UTILIZZATA PER RILEVARE IL FABBISOGNO |  |
| <b>Pianificazione</b>                              | PIANO FORMATIVO   |  |
| <b>Report/ relazione attività annuale</b>          | REPORT ATTIVITÀ FORMATIVA ANNUALE   |  |
|  |   |  |

Dall'icona presente alla destra di ciascuna tipologia di allegato l'utente potrà effettuare l'upload del file; l'icona si visualizza dopo l'upload del corrispondente file. La seconda icona sarà quindi disponibile solo se l'utente avrà effettuato l'upload di un file.

In fase di invio della richiesta, il sistema effettuerà un controllo sulla presenza dei file indicati come obbligatori: in caso di non presenza di uno di questi file, il sistema produrrà un alert bloccante ed il Provider non potrà procedere con l'invio della richiesta di accreditamento. Sarà cura dell'ARS verificare la presenza dei file non obbligatori per tutte le tipologie di provider.

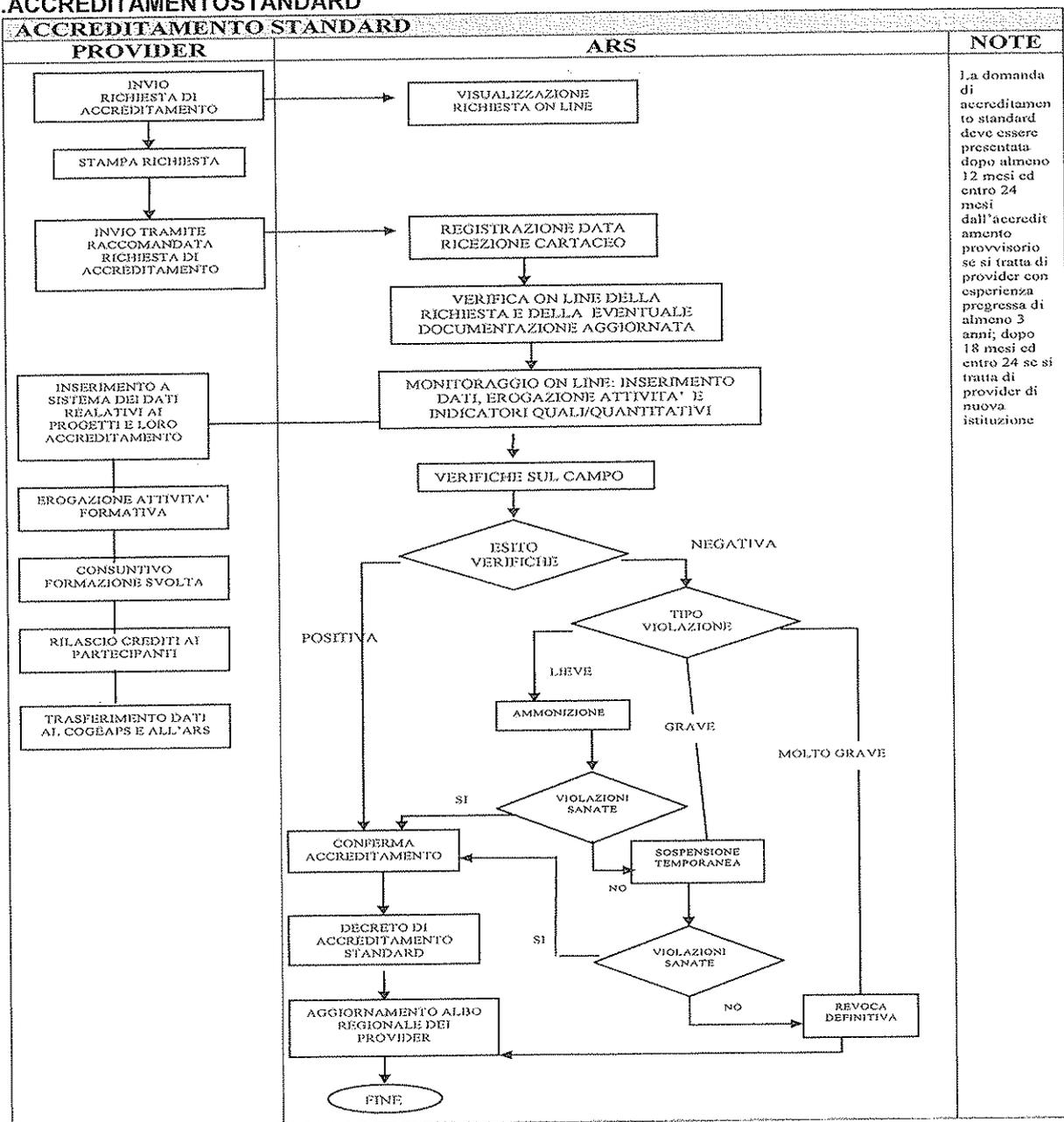
*Handwritten signature*



I format degli allegati sono redatti dall'ARS e pubblicati nell'Area Free della piattaforma attraverso la funzionalità *Documenti Area Free - Normativa per Accredimento Provider* presente nella Home page.

Dopo l'invio della richiesta il provider riceverà comunicazione dall'ARS dell'avvenuto accreditamento con le credenziali di accesso definitive richieste tramite il modulo account (presente nella maschera di richiesta accreditamento) e potrà procedere alla gestione e all'accREDITamento della formazione. Tutte le comunicazioni relative all'accREDITamento del Provider ed all'eventuale rifiuto dell'AccREDITamento verranno inviate al profilo "Referente per l'accREDITamento" (Profilo utilizzato dal Provider per avanzare la richiesta di accREDITamento).

### 3. ACCREDITAMENTO STANDARD





|                    |                        |           |
|--------------------|------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>    | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>9 MAG 2013</b> | <b>19</b> |

### 3.1 RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO (STANDARD)

Trascorsi almeno 12 mesi o 18 mesi (se provider di nuova istituzione) dalla data in cui il Provider è stato accreditato provvisoriamente, al link Gestione Accredimento presente nella Home Page del profilo "Referente accreditamento", il provider potrà richiedere all'ARS l'accREDITAMENTO standard. Nell'area "Gestione Accredimento" il sistema consente di visualizzare la documentazione inviata all'ARS in fase di richiesta di accREDITAMENTO provvisorio ed il Provider potrà:

- confermare tale documentazione nel caso in cui non vi siano variazioni da comunicare all'Ente Accreditante;
- provvedere all'inserimento degli eventuali allegati aggiornati. L'ARS visualizzerà sia i primi documenti allegati in fase di richiesta di accREDITAMENTO provvisorio sia gli eventuali aggiornamenti inseriti dal provider in fase di richiesta dell'accREDITAMENTO standard.

Per inviare la richiesta sarà obbligatorio allegare una relazione sull'attività svolta come Provider (Il format della relazione verrà reso disponibile dall'Ars nella relativa sezione presente in Area Free).

### 3.2 GESTIONE RICHIESTA ACCREDITAMENTO (STANDARD)

Il sistema notificherà all'ARS la presenza di richieste di accREDITAMENTO standard da gestire. Nella GESTIONE STATO, presente a sistema al link PROVIDER – GESTIONE PROVIDER, vi è uno specifico folder ACCREDITAMENTO STANDARD in cui poter gestire le richieste di accREDITAMENTO standard.

In tale folder l'ARS ha la possibilità di visualizzare:

- sia i documenti allegati in fase di richiesta di accREDITAMENTO provvisorio sia gli eventuali aggiornamenti inseriti dal provider in fase di richiesta dell'accREDITAMENTO standard;
- la relazione sull'attività svolta redatta dal Provider.

A seguito della verifica dei documenti l'ARS provvederà ad effettuare le verifiche sul campo e anche sulla base di quest'ultime provvederà a rilasciare o meno l'accREDITAMENTO STANDARD indicandone la motivazione.

## 4. SCADENZIARIO

Nello scadenziario verranno notificati gli eventi in scadenza relativi all'accREDITAMENTO dei provider nelle modalità come di seguito indicate.

### • NOTIFICA PER GESTIONE ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

#### TRASCORSI 30 GIORNI DALLA DATA ARRIVO NUOVA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

| DATA EVENTO                     | PROVIDER               | EVENTO  | AZIONE DISPONIBILE                        | GESTIONE |
|---------------------------------|------------------------|---|---|----------|
| (DATA ARRIVO RICHIESTA + 30 GG) | Denominazione Provider | Scadenza termine per l'autorizzazione della richiesta | Accreditare o non accreditare il provider |          |

Trascorsi n 30 giorni dalla data di invio della richiesta di accREDITAMENTO (DATA INS + 30 GG) il sistema genera il messaggio seguente all'ARS "Attenzione sono trascorsi 30 giorni dalla data di invio della richiesta di accREDITAMENTO del provider \_\_\_\_\_(denominazione provider)\_\_\_\_, clicca qui per la gestione della richiesta" (link a gestione provider).



|                                  |                           |                       |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>20</b> |
|                                  | Data <b>- 9 MAG, 2013</b> |                       |

• NOTIFICA PER SCADENZA ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

TRASCORSI 20 MESI DALLA DATA DI ACCREDITAMENTO PROVVISORIO DEL PROVIDER

| DATA EVENTO           | PROVIDER               | EVENTO                                      | AZIONE DISPONIBILE                   | GESTIONE |
|-----------------------|------------------------|---|--------------------------------------|----------|
| (DATA ACCR + 20 MESI) | Denominazione Provider | Scadenza periodo accreditamento provvisorio | Confermare o revocare accreditamento |          |

**Profilo ARS:** trascorsi 20 mesi dalla data di accreditamento (DATA ACCR + 20 MESI) il sistema genera il messaggio seguente all'ARS: "Attenzione l'accREDITamento provvisorio del provider \_\_\_\_\_ (denominazione provider)\_\_\_, è in scadenza".

**Profilo PROVIDER:** trascorsi 20 mesi dalla data in cui è stato accreditato (DATA ACCR + 20 MESI) il sistema genera il messaggio seguente al provider: "Attenzione è in scadenza l'accREDITamento provvisorio come Provider della Regione Marche".

• NOTIFICA PER SCADENZA AMMONIZIONE

| DATA EVENTO                 | PROVIDER               | EVENTO                          | AZIONE DISPONIBILE  | GESTIONE |
|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---|----------|
| (DATA SCADENZA AMMONIZIONE) | Denominazione Provider | Scadenza periodo di ammonizione | Revocare ammonizione, sospendere accreditamento o revocare accreditamento |          |

Al termine del periodo di ammonizione (data scadenza ammonizione) il sistema genera il messaggio seguente all'ARS: "Attenzione l'ammonizione del provider\_\_\_ (denominazione provider)\_è in scadenza, clicca qui per la gestione del provider" (link a gestione provider).

Il messaggio viene visualizzato a partire dalla data di scadenza ammonizione e fino a quando non viene registrato un cambiamento di stato del provider (ammonizione revocata, provider sospeso o accr. revocato).

• NOTIFICA PER SCADENZA SOSPENSIONE

| DATA EVENTO                 | PROVIDER               | EVENTO                          | AZIONE DISPONIBILE                             | GESTIONE |
|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|--|----------|
| (DATA SCADENZA SOSPENSIONE) | Denominazione Provider | Scadenza periodo di sospensione | Revocare sospensione o revocare accreditamento |          |

Al termine del periodo di sospensione (data scadenza sospensione) il sistema genera il messaggio seguente all'ARS: "Attenzione la sospensione del provider\_\_\_ (denominazione provider)\_\_\_ è in scadenza, clicca qui per la gestione del provider" (link a gestione provider).



|                    |                           |           |
|--------------------|---------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> | <b>21</b> |

Il messaggio viene visualizzato a partire dai 7 giorni antecedenti la data di scadenza sospensione e fino a quando non viene registrato un cambiamento di stato del provider (sospensione revocata o accreditamento revocato).

## 5. ACCREDITAMENTO CORSI

Il provider accreditato dalla Regione Marche, accede con nuovo account fornito dall'ARS al sistema informatico regionale di accreditamento e gestione dell'attività formativa allo stesso indirizzo

Le fasi fondamentali per accreditare un corso sono le seguenti:

- INSERIMENTO DEL CORSO (almeno 30 giorni prima del suo inizio)
- ACCREDITAMENTO

L'inserimento del corso è la prima fase della procedura, consiste nell'inserimento di tutte le informazioni relative all'iniziativa formativa. Devono essere obbligatoriamente allegati:

- il file completo del programma formativo;
- il file della verifica di apprendimento;
- i curricula delle figure coinvolte (docenti, tutor,...)

Le informazioni minime richieste sono le seguenti:

CODICE ECM (assegnato automaticamente dal sistema informatizzato)

- METODOLOGIA FORMATIVA

- Formazione Residenziale
- Sul Campo
- FAD
- Mista

- TITOLO EVENTO: campo in cui inserire il titolo del corso.

- DURATA: ore totali

- N° PARTECIPANTI (per edizione): va indicato il numero di partecipanti per edizione.

- N.EDIZIONI previste

- PRIMA DATA: va indicata la data della prima giornata del corso.

- DIRETTORE DEL CORSO: ovvero il nome del responsabile del processo di gestione dell'attività formativa

- LUOGO DI SVOLGIMENTO

- DOCENTI/RELATORI devono essere indicati i nominativi dei docenti/relatori con l'inserimento delle ore e dei minuti di docenza previste e il curriculum

- RESPONSABILI SCIENTIFICI: è il garante dei contenuti dell'evento formativo e della loro valenza scientifica. Devono essere indicati i nominativi e i curriculum

- LA PRESENZA DEL TUTOR/COORDINATORE ATTIVITA' DI FSC: nel caso deve essere specificato il nominativo e allegato il curriculum;

- EVENTUALE PRESENZA DI SPONSOR (dati identificativi e possibilità di allegare contratti e documentazione utile prevista dalla DGR 520/13 e dalla normativa vigente)

- CONTESTO NAZIONALE E REGIONALE: è la sezione che permette di inserire le aree di riferimento nazionali e regionali per l'individuazione degli obiettivi dell'attività formativa (Accordo 2009 e seg. e DGR 520/13)

- PROFESSIONI SANITARIE coinvolte, per cui viene richiesto l'accreditamento

- FINALITA' DELL'EVENTO (scopo prevalente per i partecipanti) a scelta tra:

- fare acquisire conoscenze teoriche
- fare acquisire abilità manuali, tecniche e pratiche
- stimolare capacità relazionali e comunicative
- elaborare prodotti, progetti



|                    |                  |      |
|--------------------|------------------|------|
| Luogo di emissione | Numero 3/RAO     | Pag. |
| Ancona             | Data 9 MAG. 2013 | 22   |

- AREE DI COMPETENZA ALIMENTATE:

- competenze tecnico specialistiche
- competenze organizzativo/gestionali di sistema
- competenze di comunicazione/relazionali di processo

- METODOLOGIE DIDATTICHE e DURATA: in funzione delle finalità selezionate, è richiesto di indicare la relativa metodologia didattica con la durata in ore/minuti.

- MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO: in base alle finalità si devono selezionare le tipologie di verifica adottate.

Il sistema informatizzato verifica la coerenza interna tra gli obiettivi del corso, le metodologie didattiche prescelte e gli strumenti di apprendimento collegati.

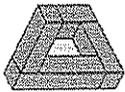
Una volta inserite le informazioni richieste del corso nella maschera di accreditamento, l'attribuzione dei crediti al corso avviene automaticamente da parte del sistema informatizzato regionale sulla base dei criteri stabiliti dalla DGR 520/13.

## 6. ASPETTI SPECIFICI

Gli Enti del SSR che effettuano la richiesta di accreditamento e vengono accreditati, anche se attualmente autorizzati alla gestione della formazione nella piattaforma regionale ECM, accederanno in piattaforma con nuove credenziali di accesso con le quali iniziare a gestire la formazione come provider accreditato.

Ciò al fine di:

- facilitare la gestione dell'archivio dei dati del provider accreditato e il conseguente invio al Cogeaps dei dati richiesti;
- agevolare all'Ente Accreditante l'attività di monitoraggio dei dati gestiti dai provider che hanno ricevuto l'accREDITAMENTO.



|                    |                           |           |
|--------------------|---------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> | <b>23</b> |

## 7. RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

*DENOMINAZIONE SOCIALE DEL PROVIDER*  
*INDIRIZZO SEDE LEGALE*

AGENZIA REGIONALE SANITARIA  
VIA GENTILE DA FABRIANO N.3  
60125 ANCONA (AN)

### **OGGETTO: Richiesta di Accredimento del Provider ECM**

Si richiede l'accreditamento, quale Provider ECM, dell'operatore di formazione con ragione sociale *DENOMINAZIONE PROVIDER* (sede legale di *CITTÀ* ubicata in *INDIRIZZO*) per le sedi operative di *CITTÀ* ubicata in *INDIRIZZO*.

Distinti saluti

Luogo, data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante  
TIMBRO E FIRMA



|                    |                          |           |
|--------------------|--------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>      | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG 2013</b> | <b>24</b> |

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il Sottoscritto *COGNOME NOME*  
nato a *CITTA'* prov. ( ) il *DATA*  
Codice Fiscale *CF*  
residente a *CITTA'* prov. ( )  
indirizzo *INDIRIZZO*  
in qualità di Legale Rappresentante di *RAGIONE SOCIALE PROVIDER*  
con sede legale in *CITTA'*

in riferimento alla richiesta di accreditamento come provider ECM, visto l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 192 del 5 novembre 2009 concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti" e seguenti;

vista la Delibera di Giunta n.520/13 del 8/04/2013 che approva criteri di accreditamento dei Provider della Regione Marche

consapevole che i dati forniti con la richiesta di accreditamento costituiscono dichiarazione formale dei requisiti ed accettazione delle norme che regolano il sistema ECM della Regione Marche, fatte salve tutte le norme di legge vigenti in materia;

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000;

### DICHIARA CHE L'ENTE RAPPRESENTATO

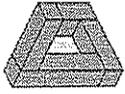
ha n° \_\_\_\_ sedi operative nella Regione Marche;

non rientra nella categoria dei soggetti che producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, alimenti per l'infanzia, dispositivi medici;

non ha interessi commerciali nell'ambito della sanità così come tutti coloro che sono direttamente ed indirettamente interessati all'attività ECM del provider (compresi coniuge, affini e parenti fino al 2° grado)

non ha conseguito l'accREDITAMENTO provider per le sedi operative indicate, presso la Commissione nazionale per la formazione continua;

è in possesso di certificato CCIAA di iscrizione nel Registro delle imprese o di analogo certificato di iscrizione in apposito registro per gli enti che non sono soggetti alla registrazione alla Camera di Commercio (solo per soggetti privati);



|                                  |                              |                       |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero<br><b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>25</b> |
|                                  | Data<br><b>- 9 MAG. 2013</b> |                       |

ha evidenziato nel proprio statuto/atto aziendale l'impegno nel campo della formazione continua (anche a titolo non esclusivo per gli Enti previsti dalla normativa);

opera regolarmente nel campo della formazione continua degli operatori sanitari e di aver realizzato nei tre anni antecedenti l'anno di richiesta di accreditamento n. (*campo numerico*) iniziative accreditate ECM (non obbligatoria per enti di nuova istituzione);

garantisce affidabilità economica finanziaria, disponendo di bilanci e/o di documenti economici che evidenziano le risorse dedicate alla formazione;

è in regola con gli obblighi (previsti dalla legge) in tema di sicurezza prevenzione e fiscalità, disponendo della seguente documentazione relativa a:

- antimafia – (solo per soggetti privati)
- obblighi per prevenzione ed infortuni (strutture e attrezzature)
- obblighi in tema di contributi previdenziali e assistenziali
- obblighi fiscali

dispone in proprio di (*si visualizzano le opzioni selezionate*):

- sedi per lo svolgimento di attività amministrative connesse alla formazione
- sedi per lo svolgimento di attività formative residenziali
- sedi per lo svolgimento di attività formative sul campo
- attrezzature idonee per iniziative di formazione a distanza (FAD)

dispone per contratti formalmente sottoscritti e registrati con terzi di (*si visualizzano le opzioni selezionate*):

- sedi per lo svolgimento di attività amministrative connesse alla formazione
- sedi per lo svolgimento di attività formative residenziali
- sedi per lo svolgimento di attività formative sul campo
- attrezzature idonee per iniziative di formazione a distanza (FAD)

dispone di risorse umane che configurano un'organizzazione stabile e finalizzata alla formazione, inclusa la presenza di:

Responsabile della formazione

Progettisti

Rete Referenti per la formazione (obbligatoria solo per enti del SSR)

Referente della qualità

Responsabile Amministrativo

dispone di un elenco dei responsabili scientifici dei progetti formativi, con indicata l'area di competenza. Il Provider deve possedere apposita documentazione che evidenzi la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e la disponibilità presso la propria sede dei CV degli stessi;

dispone di un elenco di docenti/tutor/istruttori/etc interni e/o esterni, con indicata l'area di competenza ed evidenziata la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi nel rispetto della normativa vigente;



|                                  |                              |                       |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero<br><b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>26</b> |
|                                  | Data<br><b>- 9 MAG. 2013</b> |                       |

dispone di un sistema qualità, con un responsabile e con documentate le procedure per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi e specificati gli indicatori di processo e di esito;

dispone di un sistema di rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi;

per la pianificazione, approva un Piano formativo annuale, che evidenzi quanto indicato nel manuale di accreditamento provider DGR 520/13;

per la progettazione, si avvale di procedure strutturate e documentate, che verificano la coerenza tra obiettivi formativi, metodi didattici e modalità di valutazione dell'apprendimento;

per l'erogazione, si avvale di procedure organizzate e documentate che garantiscono il processo di erogazione delle attività formative;

per la valutazione dei partecipanti la formazione, si avvale di un sistema che rileva:

- la presenza alla formazione
- la qualità percepita
- l'apprendimento

garantisce l'attribuzione dei crediti ECM ai partecipanti, la formazione e la distribuzione degli attestati ECM e NON ECM agli aventi diritto;

garantisce, nel caso di sponsorizzazioni, il rispetto di quanto previsto da manuale di accreditamento provider approvato con DGR n°520/13 e dagli Accordi Stato Regione, predisponendo la documentazione ivi prevista;

svolge attività di formazione esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria e non influenzata da interessi commerciali, in particolare a garantire l'assenza di condizionamento da parte dell'industria farmaceutica e quella degli strumenti e presidi medici dell'organizzazione, dei contenuti e/o della gestione delle attività ECM;

garantisce l'integrità etica, il valore deontologico, la qualità tecnico scientifica dei contenuti di tutte le attività educazionali che organizza e dei materiali didattici che utilizza, nonché l'indipendenza dei programmi formativi;

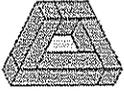
per la rendicontazione dell'attività formativa svolta elabora un report/relazione annuale predisposto secondo le indicazioni del manuale DGR 520/13

#### A TAL FINE

utilizzerà la piattaforma informatica (<http://ecm.sanita.marche.it>) per consentire all'Ente accreditante la verifica dei requisiti minimi dell'accREDITAMENTO e per gestire il processo di accREDITAMENTO ed erogazione dell'offerta formativa;

si impegna a inserire nel sistema informatico il programma definitivo di ogni evento almeno 30 giorni prima la data di inizio;

si impegna a trasmettere immediatamente all'ente accreditante della Regione Marche ogni eventuale cambiamento di denominazione, di stato giuridico e di statuto, inclusa la formazione di consorzi, etc.;



|                    |                           |           |
|--------------------|---------------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.      |
| Ancona             | Data <b>- 9 MAG, 2013</b> | <b>27</b> |

renderà accessibile tutta la documentazione necessaria per le attività di verifica e a conservare la documentazione relativa alla valutazione e all'attribuzione dei crediti per la durata di 5 anni;

si impegnerà al pagamento del contributo annuo secondo le indicazioni fornite dalle disposizioni regionali;

è responsabile della trasmissione su traccia informatica unica dei crediti all'ente accreditante della Regione Marche e al COGEAPS;

si impegnerà a sostenere le spese delle verifiche sul campo effettuate dall'ente accreditante;

### CHIEDE

l'accreditamento provider per le seguenti tipologie di formazione *(si visualizzano le opzioni selezionate)*:

- Residenziale
- A distanza (FAD)
- Sul campo (FSC)
- Blended (selezionabile se vengono selezionate almeno due metodologie formative)

l'accreditamento provider per le seguenti professioni:

- Professioni ECM  
(sanitarie, selezione tramite menù a tendina)
- Tutte le professioni ECM

In fede

Il Legale Rappresentante

---

Luogo, data \_\_\_\_\_



|                                  |                           |                       |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Luogo di emissione<br><br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.<br><br><b>28</b> |
|                                  | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> |                       |

### MODULO RICHIESTA ACCOUNT

**Il sottoscritto dichiara che i seguenti dati ad esso riferiti sono esatti e veritieri:**

**Dati Anagrafici Obbligatori:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: (f) (m) Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Residenza: Via: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

PROVIDER \_\_\_\_\_

N.ro telefono fisso: \_\_\_\_\_ N.ro cellulare: \_\_\_\_\_

N.ro fax: \_\_\_\_\_ Indirizzo E-Mail: \_\_\_\_\_

**Estremi del documento di riconoscimento:**

Tipo Documento: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Emesso da: \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Tipologia account richiesto:** profilo servizio formazione

Il sottoscritto nel richiedere l'accesso al Sistema Informativo per la Formazione in Sanita' della Regione Marche dichiara di:

- a) garantire la correttezza, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni fornite all'Ars per la richiesta dell'account;
- b) impegnarsi a proteggere e conservare le proprie chiavi private di accesso (id e password) con la massima accuratezza al fine di garantirne l'integrità e la riservatezza;
- c) impegnarsi a proteggere e conservare la password di accesso in luogo sicuro;
- d) impegnarsi ad adottare ogni altra misura atta ad impedire la perdita, la compromissione o l'utilizzo improprio della password;
- e) impegnarsi ad utilizzare l'account e la password per le sole attività attinenti al proprio lavoro e professione;
- f) impegnarsi ad inoltrare all'Ars senza ritardo la richiesta di revoca;
- g) impegnarsi ad adottare tutte le misure organizzative e tecniche idonee ad evitare danno ad altri;
- h) impegnarsi ad inoltrare pronta denuncia formale di smarrimento all'Ars;



|                              |                           |                   |
|------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Luogo di emissione<br>Ancona | Numero <b>3/RAO</b>       | Pag.<br><b>29</b> |
|                              | Data <b>- 9 MAG. 2013</b> |                   |

i) impegnarsi ad utilizzare in modo esclusivo e personale l'accesso al sistema tramite il proprio account e password

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Richiedente (firma) \_\_\_\_\_

VISTO il Responsabile/Direttore Formazione

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Responsabile (firma) \_\_\_\_\_

**Informativa e consenso al trattamento dei dati personali**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto adeguata informativa ai sensi dell'ex D.lgs. 196/03 e successive modifiche e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali solo ed esclusivamente ai fini del presente servizio e che i predetti dati personali saranno trattati con l'ausilio di archivi cartacei e di strumenti informatici e telematici idonei a garantire la massima sicurezza e riservatezza.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Richiedente (firma) \_\_\_\_\_