

## D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

### D.G. Sanità

D.d.g. 11 febbraio 2013 - n. 1006

**Il sistema lombardo di educazione continua in medicina - Sviluppo professionale continuo (ECM - CPD): indicazioni operative per l'anno 2013**

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la d.g.r.n.VII/13792 del 25 luglio 2003 recante «*Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua - programma Educazione Continua in Medicina (ECM) in Lombardia*» che attiva il sistema ECM lombardo per la formazione continua;
- la d.g.r. n. IX/4334 del 26 ottobre 2012 «*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013 - (di concerto con l'Assessore Pellegrini)*» la quale, nel precisare che al nuovo accordo Stato Regioni in materia verrà data applicazione mediante apposita deliberazione, conferma i capi saldi del sistema lombardo Ecm consistenti nei tre seguenti punti:
  - a. il ruolo di Regione Lombardia quale soggetto che procede all'accreditamento dei provider, autonomo nel dotarsi di manuali regolatori di accreditamento;
  - b. i compiti dei diversi attori coinvolti, in particolare Eupolis Lombardia quale soggetto al quale è affidata l'attuazione di tutti gli adempimenti inerenti la procedura relativa all'istruttoria di accreditamento e Lombardia Informatica S.p.A per la implementazione del sistema informatico specifico di gestione;
  - c. la autonoma classificazione dei provider e la loro differenziazione ai fini della determinazione, mediante proprio provvedimento, del contributo annuale a carico degli stessi;
- la d.g.r. n. IX/4776 del 30 gennaio 2013 «*Determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo di ECM/CPD - anno 2013*» che rinvia a successivi provvedimenti della Direzione Generale Sanità, l'adozione di tutte le integrazioni operative-gestionali al sistema regionale di ECM, con particolare riferimento, tra gli altri:
  - a. alle modalità di accesso al sistema di accreditamento;
  - b. alla creazione del piano formativo annuale;
  - c. alla modulistica dedicata e alle modalità di inserimento della stessa nel sistema operativo;
  - d. alle tipologie e modalità dei controlli;
  - e. alle forme di contributo annuale a carico dei provider;
  - f. all'attribuzione dei crediti ECM includendo le figure professionali del corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale;

Visti:

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

Preso atto delle novità scaturenti dalla entrata in vigore del nuovo Accordo Stato Regioni sottoscritto in data 19 aprile 2012, soprattutto per ciò che concerne la regolamentazione dei requisiti

minimi richiesti ai provider, le procedure legate ai processi di accreditamento e i meccanismi riguardanti l'apparato sanzionatorio;

Dato atto della conseguente necessità di apportare alcune modificazioni e/o integrazioni alle vigenti disposizioni di sistema regionali onde renderle omogenee e coerenti con quanto sanctionato dalle regole dell'accordo del 2012;

Ritenuto, pertanto, di aggiornare le indicazioni generali da destinare ai provider per l'anno 2013 e così ottimizzare l'azione della Regione quale ente accreditante nel perseguire sia il costante miglioramento della qualità della formazione erogata sul territorio lombardo che l'incremento dell'efficienza dell'impianto complessivo già esistente;

Visto il documento «*Indicazioni operative per l'accreditamento a Provider ECM-CPD regionale - anno 2013*» che individua le modalità operative da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM svolta sul territorio lombardo;

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

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

Richiamata, in particolare, la disposizione che obbliga il provider a comunicare all'Ente accreditante la data, la sede e il programma definitivo di ogni evento che organizza, attraverso l'inserimento a sistema dei dati con almeno 30 giorni di anticipo, nel caso di formazione a distanza e 15 giorni di anticipo per le rimanenti tipologie;

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

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

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

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

Precisato di rinviare ad una successiva pubblicazione, attraverso il sito ECM di Regione Lombardia, eventuali aggiornamenti/modifiche relativi alle modalità di trasmissione del tracciato record;

Ritenuto di approvare il documento «*Indicazioni operative per l'accreditamento a Provider ECM-CPD regionale - anno 2013*» - allegato unico, parte integrante del presente provvedimento così composto:

- parte prima da n. 1 a n. 7 - regole per le procedure di accreditamento;
  - parte seconda da n. 1/A a n. 1/XI - modulistica,
- che individua le modalità operative da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM svolta sul territorio lombardo, corredate da idonea ed apposita modulistica;

Stabilito, infine, di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia nonché sul sito web della Direzione Generale Sanità.

Viste:

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

## DECRETA

Di approvare il documento «*Indicazioni operative per l'accreditamento a Provider ECM-CPD regionale – anno 2013*» – **alleato unico**, parte integrante del presente provvedimento, così composto:

- parte prima da n. 1 a n. 7 - regole per le procedure di accreditamento;
- parte seconda da n. 1/A a n. 1/XI - modulistica,

che individua le modalità operative da utilizzarsi dai provider in ordine all'attività ECM svolta sul territorio lombardo;

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

- i requisiti richiesti per ottenere/mantenere lo status di provider;
- le caratteristiche del «piano formativo» e dei singoli eventi che lo compongono;
- le tempistiche e le scadenze relative all'avvio dell'istruttoria dei piani formativi e delle integrazioni ai medesimi;
- le modalità di attribuzione dei crediti alle diverse attività formative realizzate;
- la classificazione nelle diverse tipologie di provider, anche in relazione ai versamenti dei contributi annuali;
- le modalità d'accreditamento e/o di conferma di accreditamento.
- la tempistica e la scadenza relativa alla comunicazione all'Ente accreditante della data, della sede e del programma definitivo di ogni evento che organizza, attraverso l'inserimento a sistema dei dati con almeno 30 giorni di anticipo, nel caso di formazione a distanza e 15 giorni di anticipo per le rimanenti tipologie;

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

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

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

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

Di rinviare ad una successiva pubblicazione, attraverso il sito ECM di Regione Lombardia, eventuali aggiornamenti/modifiche relativi alle modalità di trasmissione del tracciato record;

Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia nonché sul sito web della Direzione Generale Sanità.

Il direttore generale  
Carlo Lucchini

\_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

**ACCREDITAMENTO PROVIDER ECM**

Il Provider accreditato ECM è un soggetto che:

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

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

- Nessun soggetto che produca, distribuisca, commercializzi e pubblicizzi prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, alimenti per infanzia, dispositivi e strumenti medici può acquisire il ruolo di Provider; gli stessi soggetti possono essere sponsor commerciali di eventi in conformità a quanto indicato nell'allegato n. 3 del presente provvedimento.
- Il nuovo Accordo Stato Regioni n. 101/CSR, sottoscritto il 19 aprile 2012, introduce alcune limitazioni quanto alla attività formativa erogabile da parte di alcuni provider qualificati quali "soggetti privati non erogatori di prestazioni sanitarie".  
Per tali provider sono infatti definite le due seguenti categorie:  
a) coloro che hanno come attività prevalente (oltre il 50% delle risorse economiche rilevabili dal bilancio dell'anno di riferimento) l'obiettivo formativo ECM;  
b) coloro che hanno, oltre all'obiettivo formativo ECM, quale attività prevalente (oltre il 50% delle risorse economiche rilevabili dal bilancio dell'anno di riferimento) quella di organizzazione di congressi, attività di tour operator, agenzie di viaggi e/o società di servizi ed altro".  
I soggetti che rientrano nella categoria b) possono erogare attività formativa esclusivamente nel rispetto di quanto previsto a pag. 6 dell'allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012.
- Il nuovo Accordo Stato Regioni ECM, sottoscritto il 19 aprile 2012, recepisce la determinazione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua 8 ottobre 2010 concernente la materia delle violazioni (allegato 2). Se ne raccomanda una scrupolosa analisi data l'importanza delle fattispecie in esso contenute e le conseguenze legate al riscontro di determinati comportamenti.
- Il provider ha l'obbligo di comunicare all'Ente accreditante, la data, la sede e il programma finale di ogni evento che organizza, attraverso il caricamento a sistema dei dati con almeno 30 giorni di anticipo per la Formazione a Distanza e 15 giorni per le rimanenti tipologie formative. Il mancato rispetto dei termini previsti determina l'impossibilità di inserire l'evento nel sistema e il suo accreditamento.
- Il provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% della attività formativa programmata attualmente (Accordo Stato Regioni Ecm n. 101/CSR, all. 1, pag. 26)
- Il Provider deve redigere e trasmettere all'ente accreditante, entro il 90esimo giorno dell'anno successivo, una relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno con indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati (Accordo Stato Regioni ECM n.101/CSR, all. 1, pag. 28)

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

<b>REQUISITI</b>	<b>SOGGETTI COINVOLTI</b>	<b>DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE</b>
Ragione/Denominazione Sociale	Requisito obbligatorio per tutti i provider	Risultante da Atto costitutivo -Statuto.
Sede legale	Requisito obbligatorio per tutti i provider	Sede stabile in Italia risultante dall'Atto Costitutivo/ Statuto o da attestazione del legale rappresentante.
Sede operativa	Requisito obbligatorio per tutti i provider	Sede situata nel territorio lombardo risultante dall'Atto Costitutivo/ Statuto o da attestazione del legale rappresentante.
Legale rappresentante	Requisito obbligatorio per tutti i provider	Atto da cui risultino le generalità del soggetto e la data di nomina.
Mission	Requisito obbligatorio per tutti i provider	Nell'atto costitutivo/Statuto deve essere fatta menzione esplicita del fatto che il soggetto svolga attività nel campo dell'Educazione Continua in Medicina (anche se in modo non esclusivo)

**Il possesso di tali requisiti deve essere attestato dal provider attraverso l'inserimento dei dati relativi all'interno del sistema gestionale.**

I provider già accreditati (cioè coloro che hanno provveduto a fornire i dati sopra richiesti negli anni precedenti) hanno invece l'obbligo di comunicare ogni variazione intervenuta rispetto alle informazioni già presenti nel database.

SOGGETTO/STRUTTURA FORMATIVA		REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE
	Esperienza formativa	Tale requisito è richiesto ai Provider che si accreditano per la prima volta al sistema ECM-CPD Regione Lombardia.	Dichiarazione di Adeguatezza Risorse e Conformità locali ed attrezzature	<p>Esperienza formativa pregressa in ambito sanitario di minimo 3 anni, cumulabili anche con le esperienze lavorative in ambito sanitario dei professionisti che compongono il comitato scientifico. Il possesso di questo requisito deve essere attestato da una dichiarazione del legale rappresentante.</p> <p><b>Vedi allegato 1A</b></p>
	Affidabilità economico-finanziaria	Tutti i Provider		<p>1. Rispetto della normativa vigente in materia di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicurezza</li> <li>▪ Prevenzione incendi</li> <li>▪ Antinfortunistica</li> <li>▪ destinazione d'uso degli spazi in cui si opera</li> </ul> <p>2. Proprietà o disponibilità di locali, attrezzature, etc.</p> <p><b>Vedi allegato 1D</b> da aggiornare annualmente</p>
	Certificazione ISO 9001:2008			<p>Presenza e conservazione agli atti di bilanci e/o documenti economici annuali che evidenzino l'allocazione di risorse destinate alle attività formative.</p> <p>A tutti i soggetti è richiesto il certificato ISO 9001:2008. Per i soggetti accreditati con il SSR è sufficiente produrre la certificazione Area 38; Per ARPA e AREU Area 35 e per tutti gli altri soggetti Area 37.</p> <p>Obbligatorio per le <b>SEDI OPERATIVE</b> di tutti i soggetti accreditati</p>
	Documentazione antimafia			<p>Provider privati erogatori e non erogatori di prestazioni sanitarie</p> <p>Dichiarazione sostitutiva di certificazione (vedi allegato 1D2)</p>

REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE EVIDENZA/INDICATORE
	<p>Organizzazione</p> <p>E' obbligatorio per tutti i soggetti individuare le figure al lato indicate.</p> <p>Il provider accreditato che abbia già inserito queste informazioni nel sistema è tenuto a comunicare ogni variazione ad esse relative e a caricare nei database i relativi files.</p>	<p>Individuare le seguenti figure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 1 Responsabile della Struttura formativa;</li> <li>• Personale addetto alla Segreteria;</li> <li>• Comitato Scientifico (almeno 2 componenti);</li> <li>• n. 1 Responsabile amministrativo;</li> <li>• n. 1 Responsabile informatico</li> </ul> <p><b>Curriculum Vitae:</b> deve essere inserito il CV di tutte le figure sopra evidenziate. <b>Vedi allegato 1B</b></p> <p><b>Atto di nomina:</b> deve essere inserito l'atto di nomina di tutte le figure sopra evidenziate; vedi <b>allegato 1C</b></p> <p>Per il personale addetto alla segreteria è obbligatorio l'inserimento del contratto di lavoro (è ammessa qualsiasi forma contrattuale prevista dalla vigente normativa); per gli erogatori di prestazioni sanitarie non è necessario allegare il contratto di lavoro, che può essere sostituito dalla lettera di assegnazione all'ufficio formazione dell'azienda.</p>
		<p>Provider privati NON erogatori di prestazioni sanitarie. Ai fini del rispetto della regola contenuta nell'Accordo Stato Regioni 19 aprile 2012, art. 1, pagg. 5/6</p> <p>Dichiarazione del legale rappresentante <b>Vedi allegato 1D</b></p>
		<p>Attività prevalente</p>

PIANOFORMATIVO		
REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE
Rilevazione ed analisi dei fabbisogni formativi	Obbligatorio per tutti i soggetti con la necessaria presenza dei requisiti a lato indicati.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve introduzione.</li> <li>• Rilevazione dei fabbisogni: strumenti utilizzati (modalità).</li> <li>• Periodicità (es. trimestrale, semestrale, annuale).</li> <li>• Target (soggetti a cui viene somministrato lo strumento di rilevazione dei fabbisogni).</li> <li>• Analisi dei fabbisogni: elaborazione dei dati (descrizione dei risultati), elaborazione grafica delle aree tematiche emerse e del target di riferimento corrispondente.</li> <li>• Criteri di traduzione dei fabbisogni in Piano: coerenza del budget con le attività formative previste; priorità delle attività formative aziendali (per i Provider pubblici); corrispondenza con la normativa di riferimento ECM-CPD; etc.</li> </ul> <p><b>Vedi allegato 1E (l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</b></p>
Piano Formativo Aziendale	Obbligatorio per tutti i soggetti con la necessaria presenza dei 7 requisiti a lato indicati.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve premessa.</li> <li>• Tipologia formativa.</li> <li>• Titoli eventi.</li> <li>• Arco temporale svolgimento evento.</li> <li>• Sede svolgimento evento;</li> <li>• Destinatari;</li> <li>• Budget complessivo destinato alle attività formative.</li> </ul> <p><b>L'allegato 1F propone un modello che il provider è libero di utilizzare o meno: è comunque necessario che nel piano presentato siano presenti i requisiti obbligatori richiesti.</b></p> <p>I provider potranno presentare un Piano Formativo interamente costituito da un'unica tipologia formativa.</p>
SCHEDA EVENTO PREVISIONALE		
REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE
		<p><b>TIPOLOGIA FORMATIVA</b></p> <p><b>Residenziale:</b> titolo, obiettivi formativi, metodologia didattica, destinatari, responsabile scientifico, docenti, tutor, segreteria organizzativa, dettaglio del programma (orari e contenuti), soglia minima di partecipazione e crediti ECM (con riferimento alla normativa vigente), modalità di iscrizione all'evento.</p> <p><b>Formazione sul Campo:</b> titolo, obiettivi formativi, metodologia didattica, professionisti coinvolti, responsabile scientifico, tutor, segreteria organizzativa, dettaglio del progetto (descrizione e durata), soglia minima di partecipazione e crediti ECM (con riferimento alla normativa vigente), materiale didattico utilizzato.</p> <p><b>Formazione a Distanza:</b> per la descrizione dei contenuti di questa tipologia formativa si faccia riferimento alle indicazioni contenute nell'accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009.</p> <p><b>Vedi allegato 1J Evento residenziale</b></p> <p><b>Vedi allegato 1K Progetto formazione sul campo</b></p> <p><b>Vedi allegato 1L Programma di formazione a distanza</b></p>

REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE	ATTRIBUZIONE CREDITI
<b>TIPOLOGIE FORMATIVE</b>			
<p><b>1)Residenziale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Corsi:</b> durata minima 4 ore per evento; durata minima di ogni singolo incontro: 2 ore - partecipanti: minimo 5 (professionisti sanitari) fino ad un massimo di 30.</li> <li><b>Congressi/convegni e workshop</b></li> <li><b>Videoconferenza sincrona:</b> durata minima 4 ore, minimo 5 - massimo 30 partecipanti per ogni aula virtuale situata nel territorio lombardo; solo il docente/relatore può intervenire al di fuori del territorio lombardo.</li> </ul> <p>Il rinvio di attività formative verificate da Eupolis Lombardia nell'anno solare di riferimento e riferibili alle tipologie Corso residenziale e Congresso/Convegno/Workshop, potrà essere effettuato nell'anno successivo solo fino ad <b>un massimo di una giornata ed entro il 31 gennaio 2014</b>.</p> <p>E' pertanto inibito l'accreditamento di intere edizioni le quali dovranno essere riportate nel Piano Formativo dell'anno successivo.</p> <p><b>2)Formazione sul campo (FSC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Partecipazione a commissioni/comitati</b> – almeno n. 4 incontri della durata minima di 2 ore.</li> <li><b>Partecipazione a gruppi di miglioramento (GDM)</b> – almeno n. 4 incontri della durata minima di 2 ore.</li> <li><b>Audit</b> – durata dei progetti di almeno 2 mesi.</li> <li><b>Attività di addestramento</b> – durata dei progetti di almeno 16 ore per settimana di attività.</li> <li><b>Attività di ricerca</b> – almeno 6 mesi di attività.</li> <li><b>Addestramento su nuove apparecchiature elettromedicali e/o software</b> – durata minima 4 ore.</li> </ul> <p>Obbligatorio per tutti i soggetti Attività</p>	<p><b>Corsi:</b> n. 1 credito/ ora</p> <p><b>Congressi e convegni e workshop:</b> n. 0,75 credito/ ora</p> <p><b>Videoconferenza sincrona:</b> n. 1 credito/ ora</p> <p><b>Partecipazione a commissioni/comitati:</b> n. 2 crediti per ogni riunione/incontro</p> <p><b>Partecipazione a gruppi di miglioramento:</b> n. 2 crediti per ogni riunione/incontro</p> <p><b>Audit:</b> n. 20 crediti per progetto della durata minima di almeno 2 mesi</p> <p><b>Attività di addestramento:</b> n. 5 crediti per ogni settimana di attività</p> <p><b>Attività di ricerca:</b> n. 10 crediti ogni 6 mesi (si intende chi è il titolare della ricerca)</p> <p><b>Addestramento su nuove apparecchiature elettromedicali e/o software:</b> n.0,75 credito/ ora</p> <p><b>E-Learning puo:</b> <b>n.0,75 crediti/ ora</b> attribuiti al discente a seguito del superamento di un test di apprendimento così costruito:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>privo di randomizzazione (<b>sommministrazione delle stesse domande ad ogni discente</b>);</li> <li>composto da <b>n. 5 domande</b> a scelta multipla per ogni ora di formazione erogata.</li> <li>determinazione delle ore/minuti di formazione: 16 minuti corrispondono a 4.000 battute del materiale didattico inserito nella piattaforma pertanto:</li> </ol> <p><b>4.000 battute = 16 minuti di formazione;</b>  <b>8.000 battute = 32 minuti di formazione;</b>  <b>12.000 battute = 48 minuti di formazione;</b>  <b>16.000 battute = 64 minuti ( 1 ora e 4 minuti ).</b></p> <p><b>n.1,5 crediti/ ora</b> attribuibili al discente a seguito del superamento di un test di apprendimento così costruito:</p>	<p><b>SCHEDA EVENTO PREVISIONALE</b></p>	

REQUISITI	SOGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE	ATTRIBUZIONE CREDITI
		<p><b>3) Formazione a distanza (FAD)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>E-learning puro</b> La realizzazione delle attività FAD deve essere svolta entro e non oltre l'anno solare di accreditamento (dal 1 gennaio al 31 dicembre).</li> </ul> <p><b>4) Blended (sistema misto):</b> prevede la possibilità di erogare un evento formativo declinandolo in diverse tipologie formative; i crediti da attribuire all'evento, così composto, saranno determinati dalla somma dei crediti attribuiti a ciascuna parte di tipologia formativa inserita.</p>	<p>Per eventuali frazioni di ora: il Responsabile Scientifico del programma potrà aggiungere ulteriori domande alle 5 previste, con la seguente attribuzione crediti:</p> <p><b>n. 0,20 crediti per ciascuna domanda in caso di Test privo di randomizzazione</b> <b>n. 0,30 crediti per ciascuna domanda in caso di Test con randomizzazione</b></p> <p><b>Blended:</b> per la parte di attività effettuata in presenza del docente verranno attribuiti crediti previsti per la tipologia formativa corrispondente (residenziale, FSC, KCL,...) ai quali verranno sommati:</p> <p><b>n. 1,25 crediti/ora</b> per la parte di attività online a seguito del superamento di un test di apprendimento privo di randomizzazione. <b>n. 1,5 crediti/ora</b> per la parte di attività online a seguito del superamento di un test di apprendimento con randomizzazione.</p>

I provider non potranno rilasciare crediti per porzioni di evento inferiori all'unità temporale di riferimento.

REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE
Destinatari	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Per ogni categoria professionale deve essere indicato il numero dei partecipanti iscritti.</p> <p>A seconda del tipo di attività formativa realizzata, i discenti potranno provenire anche da altre Regioni.</p> <p>Nella tipologia formativa "F&amp;D" i fruitori dovranno essere dipendenti del soggetto richiedente, ovvero professionisti del SSR Lombardo.</p> <p>Nella tipologia formativa "Blended learning", l'attività effettuata con la presenza del docente, potrà essere costituita da tutte le tipologie sopraccitate; in particolare resta fermo il limite di n. 30 partecipanti per edizione nel caso si tratti di corso residenziale.</p> <p>La Fitoterapia, la Medicina Omeopatica, l'Omofisiologica, l'Agopuntura, la Medicina Ajurvedica e la Medicina Antroposofica, ai fini ECM, sono riservate in via esclusiva alle professioni di: Medico, Odontoiatra, Veterinario e Farmacista nell'ambito delle rispettive competenze professionali.</p> <p>Per i professionisti che svolgono anche attività commerciali non sono accreditabili, all'interno del Sistema Lombardo ECM-CPD, i corsi di marketing o i corsi in materie fiscali ed in generale i corsi di attività prettamente commerciale che non siano attinenti all'ambito sanitario.</p>
Area di riferimento	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Per tutto quello che riguarda le altre attività formative comprese nelle medicine non convenzionali, il piano stesso sarà trasmesso alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) per una valutazione.</p>
Direzione di realizzazione dell'evento	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p>Indicare la data di inizio e la data di fine dell'erogazione di ogni singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per i provider appartenenti al <b>GRUPPO A - SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE (d.g.r. n. IX/4776 del 30.01.2013, allegato 1 paragrafo 2.2.1, criterio 1)</b> i piani formativi che contengono eventi residenziali o di formazione sul campo dovranno essere realizzati sul territorio lombardo.</li> </ul> <p>Per gli eventi residenziali realizzati al di fuori del territorio lombardo o all'estero, i provider dovranno sottoporre la richiesta di accreditamento alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) che, in collaborazione con l'ente accreditante, procederà all'accreditamento stesso.</p> <p><b>PROCEDURA:</b> E' reperibile sul sito di Agenas. In ogni caso il provider dovrà inviare ad Eupolis Lombardia, almeno 20 giorni prima della realizzazione dell'evento, tramite posta elettronica all'indirizzo <a href="mailto:ecm@eupolislombardia.it">ecm@eupolislombardia.it</a> una informativa riguardante gli eventi posti in accreditamento.</p> <p><b>Gli eventi realizzati al di fuori del territorio lombardo o all'estero non devono essere inseriti all'interno del piano formativo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per i provider appartenenti al <b>GRUPPO B - SOGGETTI NON EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE (dgr n. IX/4776 del 30.01.2013, allegato 1, paragrafo 2.2.1, criterio 1)</b>, la presenza all'interno del piano formativo di un solo evento da realizzarsi al di fuori del territorio lombardo, determina l'obbligo di sottoporre la richiesta di accreditamento dell'intero piano formativo direttamente alla CNFC.</li> </ul>
Sede di realizzazione dell'evento	Obbligatorio per tutti i soggetti	

REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE	ATTRIBUZIONE CREDITI
Responsabile Scientifico	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p><b>Il Responsabile Scientifico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• è garante scientifico e supervisore del gruppo di lavoro coinvolto;</li> <li>• monitora l'apprendimento e valuta il progetto;</li> <li>• possiede competenze didattiche;</li> <li>• redige una relazione finale sulla valutazione dell'evento;</li> <li>• può essere responsabile scientifico di uno o più eventi/edizioni;</li> <li>• per ogni evento deve essere indicato un solo responsabile scientifico.</li> </ul> <p><b>Formazione Residenziale:</b>  <b>CORSO</b>, il Responsabile Scientifico può anche effettuare attività di docenza all'interno dell'evento; in nessun caso può essere anche partecipante.</p> <p><b>Convegno/congresso</b>, all'interno di un convegno il Responsabile Scientifico può ricoprire anche il ruolo di relatore ma non di partecipante.</p> <p><b>Formazione sul Campo (FSC)</b>, il Responsabile Scientifico può anche essere partecipante.</p> <p><b>Formazione a distanza (FAD)</b>: il Responsabile Scientifico può anche essere docente, ma in nessun caso partecipante.</p> <p><b>Dichiarazione relativa al conflitto di interessi</b> (aggiornare ogni anno) <b>OBLIGATORIA, DA CONSERVARE AGLI ATTI</b> Vedi allegati 1M e 1MM</p>	<p><b>10% dei crediti attribuiti alla prima edizione di ciascun evento.</b></p>
Docente, Autore di testi per FAD, Relatore per convegni	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p><b>Formazione Residenziale:</b>  <b>CORSO</b>, la figura prevista è quella del docente il quale può essere anche responsabile scientifico, ma in nessun caso partecipante;</p> <p><b>Convegno/congresso</b>, la figura prevista è il relatore il quale può essere anche responsabile scientifico;</p> <p><b>Formazione sul Campo (FSC)</b>: non è prevista la figura del docente.</p> <p><b>Formazione a distanza (FAD)</b>: il docente è autore del materiale didattico frutto dai partecipanti e può essere responsabile scientifico, ma in nessun caso può essere partecipante.</p> <p><b>Non è prevista la figura del Moderatore</b></p> <p><b>Dichiarazione relativa al conflitto di interessi</b> (aggiornare ogni anno) <b>OBLIGATORIA, DA CONSERVARE AGLI ATTI</b> Vedi allegati 1M e 1MM</p>	<p>Docente:  <b>n.1 credito/ora</b></p> <p>Relatore:  <b>n.2 crediti per ogni relazione o "poster"</b>  <small>Autore di testi per FAD:</small>  <b>n.1 credito/ora</b> declinato attraverso il criterio di 4000 battute = 16 minuti</p>

Tutor	Facoltativo per tutti i soggetti	<p><b>La figura del Tutor non può assumere altri ruoli.</b></p> <p><b>Non è prevista la figura del tutor nella tipologia formativa congressi/convegni</b></p> <p><b>Dichiarazione relativa al conflitto di interessi - OBBLIGATORIA, DA CONSERVARE AGLI ATTI</b> <b>Vedi allegati 1M e 1MM</b></p>	<p>Tutor d'aula e addestr. apparecchiature: <b>n. 0,5 credito/ora</b> Tutor Fsc:A) attività addestramento: <b>n. 2 crediti per settimana di attività B)</b> <b>GDM: 1 x inc.</b></p>
Sponsor	Facoltativo per tutti i soggetti	Qualora uno o più eventi - o l'intero piano formativo - siano sponsorizzati, è obbligatorio inserire il relativo contratto di sponsorizzazione . <b>Vedi allegati 1X e 1X1</b>	

REQUISITI	SOGGETTI COINVOLTI	DESCRIZIONE
Valutazione	Obbligatorio per tutti i soggetti	<p><i>Customer satisfaction:</i> obbligatoria in <b>forma anonima</b> per tipologia formative: corsi, convegni/congressi e FAD. Non è obbligatoria per la Formazione Sul campo</p> <p><b>Vedi allegato 1H</b></p> <p><b>Valutazione dell'apprendimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <b>Corso residenziale:</b> obbligatoria se è strutturato in più di 2 giornate; per il superamento del test finale è necessario fornire la risposta esatta ad almeno l'80% delle domande;</li> <li>+ <b>Formazione sul campo:</b> da prevedere per tutte le tipologie</li> <li>+ <b>Formazione a distanza (FAD):</b> test composto da n. 5 domande a scelta multipla per ogni ora di formazione erogata. Per il superamento del test finale è necessario fornire la risposta esatta ad almeno l'80% delle domande.</li> </ul> <p>Per frazioni di ora è data facoltà al Responsabile Scientifico di aggiungere ulteriori domande.</p> <p><b>Ricordato organizzativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ facoltativa per tutte le tipologie formative</li> </ul> <p><b>Vedi allegato 1G (l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</b></p>

<b>SCHEDA EVENTO REALIZZATO</b>	
Partecipanti	Obbligatorio per tutti i soggetti
Relazione Responsabile Scientifico	Obbligatorio per tutti i soggetti
	Obbligatorio per tutti i soggetti (per le Pubbliche Amministrazioni <b>nei rispetto delle disposizioni di cui al Dpr n. 445/2000</b> )
Budget evento formativo	Obbligatorio per tutti i soggetti
<b>Per ogni categoria professionale indicare il numero di partecipanti effettivi. Si precisa che in questo dato devono essere computati i soli professionisti sanitari destinatari ECM (e non anche altri partecipanti quali, ad esempio, personale amministrativo, altre professioni non sanitarie).</b> <b>Vedi allegato 1N (l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</b>	
Relazione dettagliata relativa alla valutazione dell'evento.	
<b>Allegato 1O attestato crediti formazione individuale</b> <b>Allegato 1P attestato crediti autoformazione</b> <b>Allegato 1Q attestato crediti FAD pura</b> <b>Allegato 1R attestato crediti FSC</b> <b>Allegato 1S attestato crediti residenziale</b> <b>Allegato 1T e 1U attestato crediti Coordinatori MMG e crediti Tutor</b> <b>Allegato 1V attestato Blended</b> <b>Allegato 1W - rifiro degli attestati in formato cartaceo (l'utilizzo del modello proposto è facoltativo)</b>	
Indicare l'importo effettivo di spesa	

## **ATTIVITA' FORMATIVA TRANSFRONTALIERA**

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

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

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

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

## **ULTERIORI PRECISAZIONI IN ORDINE ALLE REGOLE DI ACCREDITAMENTO**

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

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

### **Vedi allegato 1B (i cv dovranno essere aggiornati almeno ogni 3 anni)**

- Non sarà possibile assegnare più di 50 crediti a ciascuna iniziativa formativa.
- Tutti i documenti (utili all'accreditamento) dovranno essere prodotti in copia scansionata dall'originale e salvati in file (massimo di 5 megabyte) con estensione .PDF o .DOC, fermo restando, in ogni caso, la responsabilità del Legale rappresentante rispetto alla veridicità di quanto trasmesso.  
I documenti scansionati e inseriti nel gestionale dovranno essere conservati agli atti e potranno essere oggetto di controllo nell'ambito delle visite ispettive effettuate. La documentazione richiesta per l'accreditamento ECM-CPD dovrà essere conservata per almeno 5 anni.  
I provider che utilizzano sistemi operativi "MACINTOSH" devono caricare gli allegati in modalità compressa (.ZIP) all'interno del sistema ECM, per evitare eventuali problemi di codifica con i sistemi Microsoft.
- Tutti i documenti da inviare a Eupolis Lombardia attraverso il sistema gestionale dovranno essere prodotti su carta intestata del Provider.
- È responsabilità del provider monitorare le scadenze delle autocertificazioni prodotte ed inserite nel sistema ECM –CPD.
- La formazione ECM non può essere considerata titolo sufficiente alla abilitazione all'esercizio di una specifica branca sanitaria ed esaustivo dell'obbligo di garantire la sicurezza nei confronti dei cittadini, fatto salvo quanto diversamente previsto dalle norme in vigore (obiettivi formativi indicati dalle norme specifiche per particolari categorie di operatori sanitari).
- I crediti formativi rilasciati ai professionisti della sanità da un Provider accreditato a livello regionale nel rispetto delle regole che governano il sistema ECM hanno valore sul territorio nazionale.
- Tutte le modifiche effettuate nell'anagrafica del provider all'interno del sistema gestionale, ad eccezione dei riferimenti telefonici e degli indirizzi mail, dovranno essere anticipate tramite comunicazione elettronica al seguente indirizzo mail: [ecm@eupolislombardia.it](mailto:ecm@eupolislombardia.it).

**FORMAZIONE INDIVIDUALE**

Come previsto dalla d.g.r. 18576 del 5.8.2004, allegato 1, il professionista sanitario può acquisire i crediti formativi relativi all'Educazione Continua in Medicina partecipando ad eventi formativi esterni all'azienda, non inclusi nel Piano formativo aziendale.

La formazione individuale - ovvero la formazione svolta dal professionista al di fuori del piano formativo accreditato dalla propria azienda - può essere riconosciuta, se dipendente, dall'azienda, dall'azienda di appartenenza, se libero professionista, dall'Ordine /Associazione.

<b>FORMAZIONE INDIVIDUALE</b>			
<b>Tipologia formativa</b>	<b>Evidenza documentale</b>	<b>Ruolo e compiti del professionista</b>	<b>Compiti dell'azienda di appartenenza</b>
<b>Attività accreditate a livello internazionale:</b> <b>Eventi residenziali (corsi e convegni) FSC (ricerca, stage)</b>	<p>A cura del professionista:            Documentazione a supporto della formazione svolta:            autocertificazione con allegati:            programma, abstract, relazioni illustrative</p> <p>A cura dell'azienda estera:            attestato di partecipazione con indicazione del numero di crediti acquisiti</p>	<p>Ruoli: partecipante,            docente, tutor,            responsabile scientifico,            relatore, stagista e            ricercatore</p> <p>Compiti: il professionista trasmette alla struttura formativa della propria azienda (o Associazione/            Ordine) l'attestato di partecipazione e la documentazione prodotta.</p>	<p>A consuntivo, la azienda di appartenenza (o Associazione/            Ordine) trasmette (entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo alla partecipazione delle attività) un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista a livello internazionale e rilascia l'attestato con i crediti commutati sulla base della durata dell'evento e secondo i criteri adottati da RL</p> <p>Tutor ESC</p> <p><b>n.2 crediti per ogni settimana di attività</b></p> <p>Partecipante:</p> <p><b>n.1 credito/ ora per corso residenziale</b></p> <p><b>n.0,75 crediti/ ora per Convegno/Congresso</b></p> <p><b>n.0,75 crediti/ ora per FAD</b></p>

Tipologia formativa	Evidenza documentale	Ruolo e compiti del professionista	Compiti dell'azienda di appartenenza	Crediti formativi
<b>Attività accreditate con ECM nazionale o con accreditamento di altre regioni</b>	<p>A cura del professionista: documentazione a supporto; autocertificazione con allegati programma, abstract, relazioni illustrative</p> <p>A cura dell'azienda provider Attestato di partecipazione con i crediti acquisiti</p>	<p>Compiti: il professionista trasmette alla azienda di appartenenza (o Associazione/Ordine) l'attestato di partecipazione e l'assegnazione dei crediti</p>	<p>A consuntivo, la Azienda di appartenenza (o Associazione/Ordine) trasmette entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo alla partecipazione delle attività) un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista a livello extra regionale, fermo restando il criterio di mutuo riconoscimento di crediti, inserendo nel campo provider il valore "esterno"</p>	<p>Valutazione dei Collegi tecnici preposti: <b>max n. 4 crediti per ogni articolo/ pubblicazione/ referaggi</b></p> <p><b>Articolo pubblicato su riviste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-I° criterio: italiane o straniere di settore senza Impact factor:<b>n.1 credito;</b></li> <li>-II° criterio: italiane con impact factor - <b>n. 2 crediti;</b></li> <li>-III° criterio: non italiane con casa editrice con impact factor inferiore o uguale a 4°. <b>n.3 crediti;</b></li> <li>-IV° criterio: non italiane con casa editrice con impact factor superiore a 4°. <b>n. 4 crediti</b></li> </ul> <p><b>Impegni riconosciuti:</b> primo e ultimo autore: 100% crediti (in base al criterio) coautori: 50% dei crediti (in base al criterio)</p>
<b>ATTIVITA' SCIENTIFICA</b>		<p>Documentazione da produrre a cura del professionista autocertificazione con allegati gli articoli pubblicati</p>	<p>Trasmettere alla propria azienda (o Associazione /Ordine) la documentazione prodotta</p>	<p>A consuntivo, la azienda (o associazione/ordine) trasmette (entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo alle attività svolte) un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista e rilascia l'attestato con i crediti riconosciuti dai collegi tecnici aziendali competenti</p>
<b>ATTIVITÀ DI TUTORAGGIO (ANCHE UNIVERSITARIO)</b>		<p>A cura del provider: Rilascio attestato per attività di tutoraggio (con indicazione delle ore per settimana di attività)</p>	<p>Trasmettere alla azienda di appartenenza (o Associazione/Ordine) l'attestato di tutoraggio.</p>	<p>A consuntivo, la azienda (o associazione/ordine) trasmette (entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo alle attività svolte) un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista e rilascia l'attestato con i crediti acquisiti.</p>
<b>ATTIVITÀ DI REFERAGGIO DI ARTICOLI SCIENTIFICI</b>		<p>A cura del professionista: autocertificazione con allegati referaggi, lettere di incarico differenti la categoria professionale</p> <p>A cura del committente: Rilascio attestato di attività di referaggio di articoli scientifici</p>	<p>Vedi attività scientifica</p>	<p>Vedi attività scientifica</p>

Attività formativa	Evidenza documentale	Ruolo e compiti del professionista	Compiti dell'azienda di appartenenza	Crediti formativi
<b>ATTIVITÀ DI DOCENTE / FORMATORE ANCHE UNIVERSITARIO</b>	<p>A cura del provider: rilascio attestato per attività di docenza (con indicazione delle ore di attività didattica svolte)</p>	Trasmettere alla propria azienda (o Associazione/Ordine) l'attestato di docenza.	A consuntivo, la azienda (o associazione/ordine) trasmette (entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo alle attività svolte) un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista e rilascia gli attestati con i crediti acquisiti.	n. 1 <b>credito</b> ora
<b>AUTOFORMAZIONE</b>	<p>A cura del professionista: autocertificazione con allegati testi/riviste scientifiche/ricerche</p> <p>A cura dell'azienda di appartenenza: rilascio attestato crediti</p>	Il professionista trasmette all'azienda di appartenenza (o Associazione/Ordine) la documentazione prodotta	A consuntivo, la azienda (o associazione/ordine) trasmette (entro e non oltre il 30 aprile dell'anno successivo alle attività svolte) un record di sintesi della formazione individuale svolta dal singolo professionista e rilascia gli attestati con i crediti acquisiti.	Max 10% del debito formativo annuo

**DOSSIER FORMATIVO**

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

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

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

**Professionista soggetto all'obbligatorietà di crediti ECM**

Per assolvere al debito formativo, stabilito in 150 crediti ECM, il professionista sanitario dovrà obbligatoriamente partecipare a diverse tipologie formative di evento.

Per le tipologie formative convegni, congressi, formazione sul campo (gruppi di miglioramento, partecipazione a commissioni e comitati e attività di ricerca), si precisa che le stesse non potranno eccedere il 60% dell'interno monte crediti triennale (150). L'attività di docenza e tutoring è soggetta allo stesso limite.

TABELLA ESPLICATIVA IMPUTAZIONE CREDITI ECM - CPD PERSONALE SANITARIO	
TIPOLOGIA E ATTIVITA' FORMATIVA:	SOGLIA MASSIMA ACQUISIZIONE CREDITI
<b>FORMAZIONE INDIVIDUALE</b> (ricomprende l'autoformazione)	Massimo 10 crediti del debito formativo annuale.  Si precisa che la sottocategoria "autoformazione" consente al professionista di acquisire al massimo 5 crediti annuali.
FAD	Massimo 50 % del debito formativo annuale (max 25 crediti).
<b>CONVEgni, CONGRESSI, FORMAZIONE SUL CAMPO</b> (gruppi di miglioramento, partecipazione a commissioni e comitati e attività di ricerca)	Massimo 60% del debito formativo triennale (pari a n. 90 crediti su 150)
<b>ATTIVITA' DI DOCENZA E TUTORING</b>	Massimo 60% del debito formativo triennale (pari a n. 90 crediti su 150)
<b>ESONERO CREDITI</b>	

**• Attività formative svolte in Italia**

E' esonerato dall'obbligo annuale ECM il personale sanitario che frequenta corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, laurea specialistica, corso di formazione medici di medicina generale) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza). Sono esonerati altresì i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza.  
Il corso di perfezionamento esonerà parzialmente nella misura di 1 credito ECM per ogni credito formativo universitario ottenuto.

— • —

**SPONSORIZZAZIONE E DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO D'INTERESSI**

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

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

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

Resta in ogni caso confermato che:

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

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

---

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

Il provider è responsabile in ordine alle decisioni da adottare che devono essere scritte da qualsivoglia influenza da parte di aziende commerciali e più precisamente:

**INDIPENDENZA**

**Il provider ha la responsabilità di mantenere indipendente dallo sponsor:**

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

**Risoluzione dei conflitti di interesse**

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

**Uso lecito dei contributi economici**

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

**Regolamentazione delle attività di promozione commerciale in occasione di eventi**

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

Inoltre:

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

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

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

**ATTRIBUZIONE CREDITI ECM ALLE FIGURE PROFESSIONALI DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

PERIODI FORMATIVI	QUADRO ORARIO			ATTIVITA' DI TUTORAGGIO			ATTIVITA' DI DOCENZA		
	MESI	SETTIMANE	ORE	ATTIVITA' PRATICHE ORE	STUDIO GUIDATO	ATTRIBUZIONE CREDITI ECM	ENTE DEPUTATO AL RILASCIO DEI CREDITI	SEMINARI CONFRONTO RICERCA	ATTRIBUZIONE CREDITI ECM
<b>NR. 1 CREDITO ECM OGNI ORA</b>									
Ambulatorio Medicina Generale	12	44	1672	1112	187		Èupolis Lombardia/ SDS	373	
Strutture di Base (A.S.L.)	6	20	760	510	83		A.S.I. e/o Enti ospitanti il corso MMG	167	
Chirurgia Generale	3	10	380	250	43			87	
Dipartimento di urgenza	3	12	456	306	50			100	
Medicina Clinica	6	20	760	510	83		A.O./ENTI ACCREDITATI ECM SEDI DEI POLIFORMATIVI CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA	167	
Dipartimento materno infantili	4	14	532	352	60			120	
Ostetricia e Ginecologia	2	8	304	204	33			67	
<b>TOTALI</b>	<b>36</b>	<b>128</b>	<b>4864</b>	<b>3244</b>	<b>540</b>				<b>1080</b>

COORDINATORE OSPEDALIERO DEL POLO FORMATIVO: il rilascio dei crediti è a cura di A.O./ENTI ACCREDITATI ECM SEDI DEI POLIFORMATIVI CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA

COORDINATORE MMG DEL POLO FORMATIVO: il rilascio dei crediti è a cura di Èupolis Lombardia /SDS

Entrambe le figure sopra menzionate hanno diritto a un numero di crediti ECM pari alla metà del debito formativo annuale

#### **PROCEDURA E SCADENZE DI ACCREDITAMENTO**

Le tipologie di provider appartenenti al **GRUPPO A Soggetti erogatori di prestazioni sanitarie** (deliberazione n. IX/4776 del 30.01.2013, allegato 1, paragrafo 2.2.1, criterio 1), devono richiedere l'accreditamento regionale lombardo per gli eventi Residenziali e di Formazione sul Campo che si realizzano nel territorio lombardo;

Devono altresì richiedere l'accreditamento regionale lombardo per gli eventi FAD **che posseggono requisiti di tracciabilità con accesso limitato ai propri dipendenti o ai professionisti del Sistema Sanitario Regionale Lombardo**

Per gli eventi realizzati al di fuori del territorio lombardo o all'estero, i provider dovranno sottoporre la richiesta di accreditamento alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) che, in collaborazione con l'ente accreditante, procederà all'accreditamento stesso.

PROCEDURA: si veda a pag. 11 del presente decreto.

Le tipologie di Provider appartenenti al **GRUPPO B Soggetti NON erogatori di prestazioni sanitarie** (deliberazione n. IX/4776 del 30.01.2013, allegato 1, paragrafo 2.2.1, criterio 1) devono richiedere l'accreditamento regionale lombardo per gli **eventi Residenziali e di Formazione sul Campo che si realizzano nel territorio lombardo e per gli eventi FAD con requisiti di tracciabilità ad accesso limitato ai propri dipendenti o ai professionisti del Sistema Sanitario Regionale Lombardo**;

Qualora all'interno del loro piano formativo siano previsti:

- uno o più eventi residenziali e di formazione sul campo che si realizzano al di fuori del territorio lombardo
- uno o più eventi di formazione a distanza ad accesso libero con requisiti di tracciabilità

l'accreditamento del provider dovrà essere richiesto **esclusivamente** alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

<b>GRUPPI A e B</b> <b>PROVIDER MAI ACCREDITATI AL SISTEMA ECM-CPD LOMBARDO</b>	
<b>I^ FASE AVVIO</b> <b>REGISTRAZIONE/CREAZIONE PIANO FORMATIVO</b>	
DESCRIZIONE FASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Registrazione al sistema gestionale lombardo ECM-CPD;</li> <li>■ Conferma e notifica di avvenuta registrazione da parte della Direzione Generale Sanità;</li> <li>■ Abilitazione da parte di Èupolis Lombardia;</li> </ul> <p><b>PIANO FORMATIVO</b> I Provider devono inserire nel sistema gestionale ogni evidenza attestante l'adozione del piano formativo annuale entro e non oltre il 15 marzo 2013.</p> <p><b>ULTERIORE DOCUMENTAZIONE UTILE ALL'ISTRUTTORIA</b> Tutti i provider dovranno inserire all'interno del sistema gestionale ECM l'ulteriore documentazione prevista ed effettuare l'avvio <u>dell'istruttoria principale</u> (la procedura è presente all'interno del sistema gestionale) entro il 15 marzo 2013.</p>
<b>II^ FASE</b> <b>VERIFICA ED ACCREDITAMENTO</b>	
<b>Entro 1 mese</b> dall'avvio istruttoria, ciascun Provider conosce l'esito dell'istruttoria effettuata da Èupolis Lombardia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Controllo della documentazione</b> da parte di Èupolis Lombardia;</li> </ul> <p><b>ESITO CONTROLLO DOCUMENTAZIONE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Esito positivo (formulato da Èupolis Lombardia e notificato al provider).</li> <li>b) Prima richiesta di integrazione (Èupolis Lombardia verifica la rispondenza della nuova documentazione);</li> <li>c) dalla seconda richiesta di integrazione Èupolis Lombardia supporterà il processo anche attraverso "visite" presso il provider;</li> <li>d) <b>esito negativo:</b> l'iter di accreditamento viene sospeso.</li> </ol> <p><b>REGOLARIZZAZIONE ASPETTI AMMINISTRATIVI</b> All'atto della notifica dell'esito positivo i Provider dovranno effettuare il pagamento del <b>contributo annuale previsto (quota fissa)</b>. Successivamente la Direzione Generale Sanità, entro due mesi dal ricevimento della comunicazione dell'esito positivo da parte di Èupolis Lombardia e verificato il versamento della quota fissa, provvederà ad emanare e ad inviare al provider il Decreto di <b>accreditamento provvisorio (validità 2 anni)</b>.</p>

<b>III^ FASE INTEGRAZIONE PIANO FORMATIVO</b>	
<p>Entro il <b>31 ottobre 2013</b> il provider provvede ad inserire a sistema le integrazioni al piano formativo.</p> <p>Èupolis Lombardia valuterà tutte le istruttorie integrative al piano formativo entro il <b>31 dicembre 2013</b>.</p>	<p>Una volta ottenuto l'esito positivo e pagata la quota fissa, qualora necessario, i provider potranno modificare e/o integrare il loro piano formativo, attenendosi alle indicazioni sotto riportate. Si precisa che le modifiche saranno possibili solo relativamente agli eventi ancora in erogazione.</p> <p>Successivamente i provider dovranno sottoporre la richiesta di "avvio istruttoria" a Èupolis Lombardia attraverso il sistema gestionale.</p> <p><b>PROCEDURA PER LE MODIFICHE E/O INTEGRAZIONE DEL PIANO FORMATIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Eventi residenziali e di formazione sul campo</b> l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 15 giorni antecedentemente alla realizzazione degli eventi.</li> <li>■ <b>Formazione a distanza</b> l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 30 giorni antecedentemente alla realizzazione degli eventi.</li> <li>■ Èupolis Lombardia avvierà l'istruttoria e formerà l'esito (positivo e/o richiesta di precisazioni o modifiche). Qualora nelle sopra descritte fasi emergessero criticità, i Funzionari di Èupolis Lombardia, supporteranno il processo anche attraverso "visite" presso i provider.</li> </ul> <p><b>Per i provider appartenenti alla Tipologia 2 "enti diversi" (vedi all. 6) il pagamento del contributo della quota variabile dovrà avvenire entro e non oltre il 31 gennaio 2014.</b></p>
<p>Entro il <b>28 febbraio 2014</b> (salvo diverse indicazioni provenienti da parte della CNFC/COGEAPS)</p>	I provider dovranno inviare il tracciato record relativamente alle attività formative 2013. Per la formazione individuale il termine è fissato al 31 marzo 2014. (si veda l'allegato 7 del presente Decreto)
<p>Entro il <b>30 giugno 2014</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Per le tipologie formative Attività di ricerca, Attività di addestramento ed Audit : è consentito l'inserimento dei dati relativi agli eventi realizzati, il pagamento della quota variabile e l'invio tracciato record.</li> <li>■ <b>Entro il 31 marzo 2014:</b> Chiusura piani formativi ed invio del rapporto annuale sull'attività ECM.</li> </ul>

<b>GRUPPI A e B</b>	
<b>PROVIDER GIA' ACCREDITATI AL SISTEMA ECM-CPD LOMBARDO CHE NON HANNO RICEVUTO ALMENO 1 VISITA ISPETTIVA DALL'ANNO 2012</b>	

<b>I^ FASE REGISTRAZIONE/CREA PIANO FORMATIVO</b>	
<p>DESCRIZIONE FASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Crea Piano formativo</b> nel Sistema gestionale ECM-CPD lombardo dopo aver effettuato la login attraverso user e password;</li> <li>■ <b>Comunicazione</b> da parte di Èupolis Lombardia a procedere all'iter di accreditamento;</li> </ul> <p><b>PIANO FORMATIVO</b> I Provider devono inserire nel sistema gestionale ogni evidenza attestante l'adozione del piano formativo annuale entro e non oltre il 15 marzo 2013.</p> <p><b>ULTERIORE DOCUMENTAZIONE UTILE ALL'ISTRUTTORIA</b> Tutti i provider dovranno inserire all'interno del sistema gestionale ECM l'ulteriore documentazione prevista ed effettuare l'avvio <b>dell'istruttoria principale</b> (la procedura è presente all'interno del sistema gestionale) entro il 15 marzo 2013</p>



<b>II^ FASE VERIFICA ED ACCREDITAMENTO</b>	
<p><b>Entro 1 mese</b> dall'avvio istruttoria il Provider conosce l'esito dell'istruttoria effettuata da Eupolis Lombardia.</p>	<p>■ <b>Controllo della documentazione</b> da parte di Eupolis Lombardia;</p> <p><b>ESITO CONTROLLO DOCUMENTAZIONE:</b></p> <p>e) Esito positivo (formulato da Eupolis Lombardia e notificato al provider). f) Prima richiesta di integrazione (Eupolis Lombardia verifica la rispondenza della nuova documentazione); g) dalla seconda richiesta di integrazione Eupolis Lombardia supporterà il processo anche attraverso "visite" presso il provider; h) <b>esito negativo</b> l'iter di accreditamento viene sospeso.</p> <p><b>REGOLARIZZAZIONE ASPETTI AMMINISTRATIVI</b></p> <p>All'atto della notifica dell'esito positivo i provider dovranno effettuare il pagamento del <b>contributo annuale previsto (quota fissa)</b>. Successivamente la Direzione Generale Sanità, qualora richiesto dal provider e nei termini previsti dall'ASR n.101/CSR, provvederà all'avvio delle procedure volte alla verifica delle condizioni per l'emanaione del Decreto di <b>accreditamento standard (validità 4 anni)</b>.</p>

<b>III^ FASE INTEGRAZIONE PIANO FORMATIVO</b>	
<p>Entro il <b>31 ottobre 2013</b> il provider provvede ad inserire a sistema le integrazioni al piano formativo.</p> <p>Èupolis Lombardia valuterà tutte le istruttorie integrative al piano formativo entro il <b>31 dicembre 2013</b></p>	<p>Una volta l'esito positivo e pagata la quota fissa (laddove emergesse l'esigenza) i provider potranno modificare e/o integrare il loro piano formativo, attenendosi alle indicazioni sotto riportate; Si precisa che le modifiche saranno possibili solo relativamente agli eventi ancora in erogazione.</p> <p>Successivamente i provider dovranno sottoporre la richiesta di "avvio istruttoria" a Èupolis Lombardia attraverso il sistema gestionale.</p> <p><b>PROCEDURA PER LE MODIFICHE E/O INTEGRAZIONE DEL PIANO FORMATIVO</b></p> <p>■ <b>eventi residenziali e di formazione sul campo</b> l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 15 giorni antecedentemente alla realizzazione degli eventi.</p> <p>■ <b>Formazione a distanza</b> l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 30 giorni antecedentemente alla realizzazione degli eventi.</p> <p>■ Èupolis Lombardia avvierà l'istruttoria e formulerà l'esito (positivo e/o richiesta di precisazioni o modifiche). Qualora, nelle sopra descritte fasi emergessero criticità, i Funzionari di Èupolis Lombardia, supporteranno il processo, anche attraverso "visite" presso i provider.</p> <p>Per i provider appartenenti alla Tipologia 2 "enti diversi" (vedi all. 6) il pagamento del contributo della quota variabile dovrà avvenire entro e non oltre il <b>31 gennaio 2014</b>.</p>
<p>Entro il <b>28 febbraio 2014</b> (salvo diverse indicazioni provenienti da parte della CNFC/COGEAPS)</p>	I provider dovranno inviare il tracciato record relativamente alle attività formative 2013. Per la formazione individuale il termine è fissato al 31 marzo 2014. (si veda l'allegato 7 del presente Decreto)
<p>Entro il <b>30 giugno 2014</b></p>	<p>■ Per le tipologie formative Attività di ricerca, Attività di addestramento ed Audit : è consentito l'inserimento dei dati relativi agli eventi realizzati, il pagamento della quota variabile e l'invio tracciato record.</p> <p>■ Entro il <b>31 marzo 2014</b>: Chiusura piani formativi ed invio rapporto annuale sull'attività ECM.</p>

**GRUPPI A e B****PROVIDER GIA' ACCREDITATI AL SISTEMA ECM-CPD LOMBARDO E CON ALMENO 1 VISITA ISPETTIVA** (dall'anno 2012)**I^ FASE  
REGISTRAZIONE/CREA PIANO FORMATIVO**

DESCRIZIONE FASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Crea Piano formativo</b> nel Sistema gestionale ECM-CPD lombardo dopo aver effettuato la login attraverso user e password;</li> <li>■ <b>Comunicazione</b> da parte di Èupolis Lombardia a procedere all'iter di accreditamento;</li> </ul> <p><b>PIANO FORMATIVO</b> I Provider devono inserire nel sistema gestionale ogni evidenza attestante l'adozione del piano formativo annuale entro e non oltre il 15 marzo 2013.</p> <p><b>ULTERIORE DOCUMENTAZIONE UTILE ALL'ISTRUTTORIA</b> Tutti i provider dovranno inserire all'interno del sistema gestionale ECM l'ulteriore documentazione prevista ed effettuare l'avvio dell'<b>istruttoria principale</b> (la procedura è presente all'interno del sistema gestionale) entro il 15 marzo 2013.</p>
------------------	--

**II^ FASE  
VERIFICA ED ACCREDITAMENTO**

<b>Entro 1 mese</b> dall'avvio istruttoria il Provider conosce l'esito dell'istruttoria effettuata da Èupolis Lombardia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Controllo della documentazione</b> da parte di Èupolis Lombardia;</li> </ul> <p><b>ESITO CONTROLLO DOCUMENTAZIONE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Esito positivo (formulato da Èupolis Lombardia e notificato al provider);</li> <li>b. Prima richiesta di integrazione (Èupolis Lombardia verifica la rispondenza della nuova documentazione);</li> <li>c. dalla seconda richiesta di integrazione Èupolis Lombardia supporterà il processo anche attraverso "visite" presso il provider;</li> <li>d. <b>esito negativo:</b> l'iter di accreditamento viene sospeso.</li> </ol> <p><b>REGOLARIZZAZIONE ASPETTI AMMINISTRATIVI</b></p> <p>All'atto della notifica dell'esito positivo i Provider dovranno effettuare il pagamento del <b>contributo annuale previsto (quota fissa)</b>. Successivamente la Direzione Generale Sanità, qualora richiesto dal provider e nei termini previsti dall'ASR n.101/CSR, provvederà all'avvio delle procedure volte alla verifica delle condizioni per l'emanazione del Decreto di <b>accreditamento standard (validità 4 anni)</b>.</p>
---	---

<b>III^ FASE INTEGRAZIONE PIANO FORMATIVO</b>	
<p>Entro il <b>30 ottobre 2013</b>, il provider provvede ad inserire a sistema le integrazioni al piano formativo.</p> <p>Èupolis Lombardia valuterà tutte le istruttorie integrative al piano formativo entro il <b>31 dicembre 2013</b>.</p>	<p>Una volta l'esito positivo e pagata la quota fissa (laddove emergesse l'esigenza) i provider potranno modificare e/o integrare il loro piano formativo, attenendosi alle indicazioni sotto riportate; Si precisa che le modifiche saranno possibili solo relativamente agli eventi ancora in erogazione.</p> <p>Successivamente i provider dovranno sottoporre la richiesta di "avvio istruttoria" a Èupolis Lombardia attraverso il sistema gestionale.</p> <p><b><u>PROCEDURA PER LE MODIFICHE E/O INTEGRAZIONE DEL PIANO FORMATIVO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>eventi residenziali e di formazione sul campo:</b> l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 15 giorni antecedentemente alla realizzazione degli eventi.</li> <li>■ <b>Formazione a distanza:</b> l'inserimento della relativa documentazione dovrà essere effettuato 30 giorni antecedentemente alla realizzazione degli eventi.</li> <li>■ Èupolis Lombardia avvierà l'istruttoria e formulerà l'esito (positivo e/o richiesta di precisazioni o modifiche).</li> </ul> <p>Qualora, nelle sopra descritte fasi emergessero criticità, i Funzionari di Èupolis Lombardia, supporteranno il processo, anche attraverso "visite" presso i provider.</p> <p><b>Per i provider appartenenti alla Tipologia 2 "enti diversi" (vedi all. 6) il pagamento del contributo della quota variabile dovrà avvenire entro e non oltre il 31 gennaio 2014.</b></p>
<p>Entro il <b>28 febbraio 2014</b> (salvo diverse indicazioni provenienti da parte della CNFC/COGEAPS)</p>	<p>I provider dovranno inviare il tracciato record relativamente alle attività formative 2013. Per la formazione individuale il termine è fissato al 31 marzo 2014. Si veda l'allegato n. 7 del presente Decreto</p>
<p>Entro il <b>30 giugno 2014</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Per le tipologie formative Attività di ricerca, Attività di addestramento ed Audit : è consentito l'inserimento dei dati relativi agli eventi realizzati, il pagamento della quota variabile e l'invio tracciato record.</li> <li>■ <u>Entro 31 marzo 2014</u>: Chiusura piani formativi e rapporto annuale sull'attività ECM.</li> </ul>

#### RICHIESTE DI ACCREDITAMENTO STANDARD - PRECISAZIONI

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

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

#### ATTENZIONE:

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

## INDICAZIONI CONTRIBUTO ANNUALE ECM-CPD

ANNO 2013\*

Anche per l'anno 2013 i provider dovranno versare a Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, un contributo alle spese; quest'ultimo è funzionale alla copertura dei costi diretti ed indiretti a carico di Regione Lombardia per le attività di propria competenza in ambito ECM-CPD.

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

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

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

**QUOTA FISSA**

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

**Tipologia 1. "Enti del Sistema"**

Appartengono a tale tipologia:

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

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

**Tipologia 2. "Enti diversi"**

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

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

**QUOTA VARIABILE**

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

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

- **Da n. 2 a n. 15 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno 2013: **€ 2.000,00**;
- **Da n. 16 a n. 50 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno 2013: **€ 4.000,00**;
- **Da n. 51 a n. 100 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno 2013: **€ 8.000,00**;
- **Oltre 100 eventi** (o edizioni di eventi) realizzati dal provider nell'anno 2013: **€ 20.000,00**;

Precisazioni per i provider:

Il rilascio del Decreto di accreditamento è subordinato al previo versamento della **quota fissa** del contributo annuale ECM-CPD. Il pagamento della **quota fissa** dovrà essere effettuato una volta avvenuta la notifica di esito positivo dell'istruttoria di accreditamento da parte di Eupolis Lombardia.

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

\*Per completezza espositiva si richiama il contenuto dell'allegato 1, paragrafo 3 della Deliberazione Giunta regionale n. IX/4776 del 30.01.2013.

**TRASMISSIONE INFORMATICA DEL TRACCIATO RECORD RELATIVO ALL'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI FORMATIVI**

Gia l'accordo Stato Regioni 5 novembre 2009 in materia di ECM prevedeva che il provider è un soggetto che "è responsabile della trasmissione dei dati per la doppia e contestuale registrazione dei crediti sulla base di una traccia informatica unica costituendo la sua capacità di ottemperare a questo obbligo un requisito di accreditamento".

A conclusione di tutte le attività formative, pertanto, il provider deve trasmettere in via informatica i crediti formativi rilasciati sia all'ente accreditante (in questo caso Regione Lombardia) che, direttamente, a CO.Ge.A.P.S, Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie

La Commissione Nazionale Formazione Continua ha adottato, relativamente al sistema "centrale" di accreditamento dei provider, una propria strumentazione informatica volta a consentire l'invio dei flussi informativi ECM attraverso l'emanazione di un documento che descrive e contiene le specifiche funzionali del proprio tracciato record; per ciò che concerne l'invio dei dati a CO.GE.A.P.S. si informa che tale "linguaggio" è pubblicato sul sito internet di Agenas.

Regione Lombardia, per il tramite di Lombardia Informatica S.p.A., dispone di un autonomo impianto di trasmissione del tracciato record relativo all'attribuzione dei crediti.

Per ciò che concerne i dati relativi alle attività formative **anno 2013** l'invio dei tracciati record relativi all'attribuzione dei crediti formativi avverrà, nei confronti dell'ente accreditante Regione Lombardia, attraverso il conosciuto "canale del Debito Informativo Telematico" (DIT - con contenuti conformi alle prescrizioni adottate in materia dalla Commissione Nazionale Formazione Continua).

Sono attualmente allo studio modalità di trasmissione dei dati che consentano di armonizzare le specifiche funzionali dei diversi tracciati record e così agevolare i provider nell'assolvimento del compito. Ogni nuova indicazione in merito verrà comunicata attraverso il sito internet dedicato.



(compilare su carta intestata)

**ESPERIENZA FORMATIVA IN AMBITO SANITARIO**

(nello specifico nell'arco degli ultimi 3 anni antecedenti l'istanza di accreditamento)

(denominazione aspirante provider)

**DICHIARA**

(Indicare gli eventi formativi realizzati)

N. progressivo eventi	Titolo evento	Tipologia didattica	Categorie Professionali coinvolte	Periodo di realizzazione (dal/al)
1				
2				
3				

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_  
 (nome e cognome)

**DICHIARA**

(Indicare le esperienze lavorative maturate nel triennio antecedente l'istanza di accreditamento in ambito formativo sanitario dei componenti del comitato scientifico coinvolti nel processo formativo)

Date (da/a)	Nome azienda	Sede di lavoro	Tipo di azienda o settore	Ruolo
1				
2				
3				

(E' possibile replicare la dichiarazione sopra riportata tante volte quanti sono i soggetti interessati)

Data \_\_\_\_\_

Firma Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

**FORMATO EUROPEO PER IL  
CURRICULUM VITAE****INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail  
Nazionalità

Data di nascita

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

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

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

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

**CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI**

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

**PRIMA LINGUA****ALTRE LINGUE**

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

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
RELAZIONALI**

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

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ORGANIZZATIVE**

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



**CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE**

*Con computer, attrezzature specifiche,  
macchinari, ecc.*

**CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE**

*Musica, scrittura, disegno ecc.*

**ALTRI CAPACITÀ E COMPETENZE**

*Competenze non precedentemente  
indicate.*

**PATENTE O PATENTI**

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

**ALLEGATI**

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

CITTÀ \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME (FIRMA)

\_\_\_\_\_



Serie Ordinaria n. 9 - Giovedì 28 febbraio 2013

ALLEGATO 1C

(compilare su carta intestata)

**DICHIARAZIONE  
ATTO DI NOMINA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di Rappresentante Legale di \_\_\_\_\_

(denominazione Provider)

**NOMINA**

il/la (qualifica) \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**DICHIARAZIONE****ADEGUATEZZA RISORSE  
E  
CONFORMITA' LOCALI E ATTREZZATURE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di Rappresentante Legale di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**DICHIARA**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



(compilare su carta intestata)

**DICHIARAZIONE**

**ATTIVITA' PREVALENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di Rappresentante Legale di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFCAZIONE**

(D.P.R.n.445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

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

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

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**RILEVAZIONE ED ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI**

(sviluppare punti sotto elencati)

- Breve introduzione
- Rilevazione dei fabbisogni:
  - strumenti utilizzati (modalità);
  - periodicità (ad es. trimestrale, semestrale, annuale);
  - target (soggetti a cui viene somministrato lo strumento di rilevazione dei fabbisogni).
- Analisi dei fabbisogni:
  - elaborazione dati (descrizione dei risultati) ed elaborazione grafica delle aree tematiche individuate e del target di riferimento corrispondente;
- Criteri di traduzione dei fabbisogni in Piano:
  - coerenza del budget con le attività formative previste;
  - priorità delle attività formative aziendali;
  - corrispondenza con la normativa di riferimento ECM-CPD;
  - ecc.

(E' obbligatoria l'indicazione e la descrizione dei tre criteri sopra citati)

Data

Firma

Responsabile Struttura Formativa

---

---

(compilare su carta intestata)  
**PIANO FORMATIVO**

## 1. BREVE PREMESSA

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

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

<b>Tipologia Formativa</b>	<b>Titolo evento</b>	<b>Arco temporale</b>	<b>Sede</b>	<b>Destinatari</b>	<b>Rif. normativo</b>

## 3. FORMAZIONE STRATEGICA

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

<b>Tipologia Formativa</b>	<b>Titolo evento</b>	<b>Arco temporale</b>	<b>Sede</b>	<b>Destinatari</b>

## 4. FORMAZIONE APERTA AGLI ESTERNI

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

<b>Tipologia Formativa</b>	<b>Titolo evento</b>	<b>Arco temporale</b>	<b>Sede</b>	<b>Destinatari</b>



5. FORMAZIONE TRASVERSALE

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

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari

6. FORMAZIONE ALL'ESTERO/TRANSFRONTALIERA

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

Tipologia Formativa	Titolo evento	Arco temporale	Sede	Destinatari

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

Budget complessivo destinato alle attività formative: € \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**RICADUTA ORGANIZZATIVA ANNO PRECEDENTE**

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

(compilare su carta intestata)

# QUESTIONARIO CUSTOMER SATISFACTION

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

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

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

Se si, quali?

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

**C. DIDATTICA**

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

**D. ORGANIZZAZIONE**

GRADO DI SODDISFAZIONE	gravemente insufficiente	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>D1</b> - La durata complessiva del corso è adeguata rispetto agli obiettivi formativi principali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D.2</b> - Adeguatezza della struttura nella quale si è svolta l'iniziativa formativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**E. VALUTAZIONE COMPLESSIVA**

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



Serie Ordinaria n. 9 - Giovedì 28 febbraio 2013

**F. ARGOMENTI DA APPROFONDIRE**

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

Aspetti positivi

---

---

---

---

---

**F.2** - Aspetti critici/negativi

---

---

---

---

---

**F.3** - Suggerimenti per ulteriori iniziative formative:

---

---

---

---

---

(compilare su carta intestata)

**PROGRAMMA: EVENTO RESIDENZIALE****TITOLO EVENTO:****Tipologia formativa:** \_\_\_\_\_**ID evento:** \_\_\_\_\_**Sede:** Struttura - Indirizzo - Cap - Località - Provincia**BREVE PREMESSA:****OBIETTIVI FORMATIVI:****METODOLOGIA DIDATTICA:****DESTINATARI:**

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI
<b>TOTALE</b> partecipanti		

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

**DOCENTI**

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

**TUTOR**

Cognome e nome

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Cognome e nome

Ente

Telefono ufficio

Fax ufficio

E-mail

Sito internet

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

ORARIO	CONTENUTI	DOCENTE/RELATORI
Dalle/alle		

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

**PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM**

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

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

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

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



Serie Ordinaria n. 9 - Giovedì 28 febbraio 2013

**MODALITA' DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO:**

---

---

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

**DESCRIZIONE MODALITA' DI VALUTAZIONE DELL'EVENTO:**

---

---

**PROGETTO: FORMAZIONE SUL CAMPO**  
 (compilare su carta intestata)

**TITOLO EVENTO:**

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

**BREVE PREMESSA:**

**OBIETTIVI FORMATIVI:**

**METODOLOGIA DIDATTICA:**

**PROFESSIONISTI COINVOLTI:**

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI	UNITÀ ORGANIZZITIVA
<b>TOTALE partecipanti</b>			

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

**TUTOR**

Cognome e nome

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Cognome e nome

Ente

Telefono ufficio

Fax ufficio

e-mail

sito internet

**DURATA PROGETTO:**

**PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM**

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

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

**MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO:**

**DESCRIZIONE MODALITA' DI VALUTAZIONE EVENTO**

(compilare su carta intestata)

**PROGRAMMA: FORMAZIONE A DISTANZA****TITOLO EVENTO****Tipologia formativa:** \_\_\_\_\_

(FAD blended, FAD pura, FAD con o senza test randomizzato)

**ID evento:** \_\_\_\_\_**Indirizzo telematico della piattaforma utilizzata:** \_\_\_\_\_**Per ogni programma FAD i materiali durevoli accreditati devono riportare all'inizio la seguente dichiarazione:**

1. attività svolte in modo autonomo dal Provider:

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

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

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

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

Il/la [nome Provider] è accreditato dalla Commissione Nazionale/Regionale ECM a fornire programmi di formazione continua per [indicare il profilo professionale] e si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di queste attività ECM". Alla suddetta dichiarazione deve essere accluso l numero di accreditamento del Provider FAD e la scadenza dell'accreditamento ricevuto dall'Ente Accreditante

**BREVE PREMESSA:****OBIETTIVI FORMATIVI:****PROFESSIONISTI COINVOLTI:**

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI
<b>TOTALE partecipanti</b>		

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica

**TUTOR**

Cognome e nome

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Cognome e nome

Ente

Telefono ufficio

Fax ufficio

e-mail

sito internet

**DURATA FAD:****PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM**

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

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

**MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO:****DESCRIZIONE MODALITA' DI VALUTAZIONE EVENTO**

(compilare su carta intestata)

**DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO DI INTERESSI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di:

Responsabile Scientifico Docente Relatore Tutor 

All'evento (tipologia formativa): \_\_\_\_\_

Dal titolo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

- l'assenza di conflitto di interessi rispetto all'evento (titolo corso) "\_\_\_\_\_"  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326;

**DICHIARA (eventuale)**

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

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: il modello non deve essere modificato

(compilare su carta intestata)

**DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO DI INTERESSI  
MEMBRI ORGANIZZAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante del Provider \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

relativamente all'evento (titolo e tipologia formativa) \_\_\_\_\_

Dal titolo: \_\_\_\_\_

Previsto in Data: \_\_\_\_\_

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

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**RILEVAZIONE PRESENZA PARTECIPANTI**

TITOLO EVENTO:

TIPOLOGIA FORMATIVA:

ID evento: \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

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

N. effettivo di presenze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

Spazio per  
l'inserimento del logo  
del provider



## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

ha svolto attività di **FORMAZIONE INDIVIDUALE**

nell'anno \_\_\_\_\_

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

ha acquisito n° \_\_\_\_\_ crediti ECM per l'anno \_\_\_\_\_

rilasciato da

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(obbligatorio)

Il Responsabile Scientifico

\_\_\_\_\_  
(facoltativo)

Spazio per  
l'inserimento del logo  
del provider



## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

ha svolto attività di **AUTOFORMAZIONE**

nell'anno\_\_\_\_\_

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

ha acquisito n° \_\_\_\_\_ crediti ECM **per l'anno** \_\_\_\_\_

rilasciato da

\_\_\_\_\_  
*Luogo di rilascio*

\_\_\_\_\_  
*Data di rilascio*

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(obbligatorio)

Il responsabile scientifico

\_\_\_\_\_  
(facoltativo)

Spazio per  
l'inserimento del logo  
del provider



## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

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

professionista appartenente al SSR

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

dal titolo " \_\_\_\_\_ "

codice ID: \_\_\_\_\_

della durata di **N. ore** \_\_\_\_\_

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri  
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi  
ha acquisito **nº** \_\_\_\_\_ crediti ECM per **l'anno** \_\_\_\_\_

L'evento è stato accreditato da \_\_\_\_\_

quale attività del piano formativo relativo all'anno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Luogo di rilascio*

\_\_\_\_\_ *Data di rilascio*

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(obbligatorio)

Il Responsabile Scientifico

\_\_\_\_\_  
(facoltativo)

Spazio per  
l'inserimento del logo  
del provider



## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(Responsabile Scientifico/Tutor/Partecipante)

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

"\_\_\_\_\_"

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

Titolo progetto"\_\_\_\_\_"

Codice ID: \_\_\_\_\_

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

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri  
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi  
ha acquisito **nº** \_\_\_\_\_ crediti ECM **per l'anno** \_\_\_\_\_

L'evento è stato accreditato da

\_\_\_\_\_

con Decreto Direzione Generale **n.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_

attività del piano formativo relativo all'anno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Luogo di rilascio*

\_\_\_\_\_ *Data di rilascio*

**Il Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_  
(obbligatorio)

**Il Responsabile Scientifico**

\_\_\_\_\_  
(facoltativo)

Spazio per  
l'inserimento del logo  
del provider



## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

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

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

tenutosi il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal titolo " \_\_\_\_\_"  
codice ID: \_\_\_\_\_  
della durata di **n°ore** \_\_\_\_\_

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

L'evento è stato accreditato da \_\_\_\_\_

con Decreto Direzione Generale Sanità **n.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_

quale attività del piano formativo relativo all'anno \_\_\_\_\_

*Luogo di rilascio*

*Data di rilascio*

**Il Legale rappresentante**

\_\_\_\_\_  
(obbligatorio)

**Il Responsabile scientifico**

\_\_\_\_\_  
(facoltativo)



RegioneLombardia  
Sanità

## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_

ha svolto attività di **COORDINATORE DIDATTICO MMG**  
al "Corso triennale di formazione specifica in medicina generale  
**Triennio AAAA/AAAA**

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

L'evento è stato organizzato da Eupolis Lombardia-SDS  
come da Convenzione quadro tra Regione Lombardia ed Eupolis del 25 febbraio  
2011, art. 4, comma 1, lett. e), relativa alla Formazione specifica in Medicina  
Generale

\_\_\_\_\_

*Luogo di rilascio*

\_\_\_\_\_

*Data di rilascio*

Il Legale rappresentante di Eupolis Lombardia



Regione Lombardia  
Sanità

## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_

ha svolto attività di **TUTORSHIP MMG**

nel periodo formativo “**Ambulatorio di Medicina Generale**”  
del Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale  
**triennio AAAA/AAAA**

tenutosi **dal** \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) **al** \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
per un totale di **n. Settimane** \_\_\_\_\_

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri  
della D.G.R. n.VII/18576 del 05.08.2004 e successivi  
ha acquisito **nº** \_\_\_\_\_ crediti ECM **per l'anno** \_\_\_\_\_

L'evento è stato accreditato da Eupolis Lombardia-SDS  
come da Convenzione Quadro tra Regione Lombardia ed Eupolis del 25 febbraio  
2011, art. 4, comma 1, lett. e), relativa alla Formazione specifica in Medicina  
Generale

\_\_\_\_\_  
*Luogo di rilascio*

\_\_\_\_\_  
*Data di rilascio*

Il Legale Rappresentante di Eupolis Lombardia

Spazio per  
l'inserimento del logo  
del provider



## Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

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

professionista appartenente al SSR

al percorso **di Formazione a Distanza (BLENDED)**

composto in parte in presenza (Corso, Convegno e Formazione sul Campo)  
e in parte di attività online

dal titolo "\_\_\_\_\_"

codice ID: \_\_\_\_\_

della durata di **N. ore** \_\_\_\_\_

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri

della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **nº** \_\_\_\_\_ crediti ECM per **l'anno** \_\_\_\_\_

L'evento è stato accreditato da

attività del piano formativo relativo all'anno \_\_\_\_\_

*Luogo di rilascio*

*Data di rilascio*

Il Legale Rappresentante

(obbligatorio)

( compilare su carta intestata )

**RITIRO ATTESTATO CREDITI**

TITOLO EVENTO:

TIPOLOGIA FORMATIVA:

ID evento: \_\_\_\_\_

N	Cognome / Nome	Categoria Professionale	Azienda	Firma per ricevuta	Data
1					
2					
3					
4					
5					
6					

• \_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE****Tra**

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

**e**

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

**PREMESSO CHE:**

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

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

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

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

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

**TUTTO CIO' PREMESSO LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUUE****1. PREMESSE E ALLEGATI.**

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

**2. OGGETTO**

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

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

**3. ATTIVITA' E OBBLIGHI DEL PROVIDER.**

Il Provider si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

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

**SPAZIO PER ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI**

Serie Ordinaria n. 9 - Giovedì 28 febbraio 2013

#### 4. ATTIVITA' E OBBLIGHI DELLO SPONSOR

Spazio per l'inserimento descrizione ambito di attività dello sponsor

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

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

SPAZIO PER ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

#### 5. RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE

Le Parti si impegnano ad organizzare e condurre l'evento nel rispetto della normativa vigente in materia di eventi scientifici che hanno come sponsor commerciale una società privata e in particolare in conformità alla prescrizioni di cui al D.Lgs. N. 541/92 e alle Delibere della Giunta regionale della Lombardia.

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

#### 6. TUTELA DELLA PRIVACY E SICUREZZA DEI DATI PERSONALI

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

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

#### 7. DURATA E SCIOLIMENTO DEL CONTRATTO

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

SPAZIO PER INSERIMENTO CLAUSOLE DA PARTE DEI CONTRAENTI\*

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

#### 8. MODIFICHE

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

per il provider \_\_\_\_\_;

per lo sponsor \_\_\_\_\_

#### 9. FORO COMPETENTE

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

Letto, approvato e sottoscritto.

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

Milano, lì\_\_\_\_\_

Provider

Sponsor

---

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

Sponsor

Milano, lì\_\_\_\_\_

(compilare su carta intestata)

**CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE****Tra**

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

**e**

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

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

**PREMESSO CHE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**TUTTO CIO' PREMESSO LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGU****1. PREMESSE E ALLEGATI.**

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

**2. OGGETTO**

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

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

**3. ATTIVITA' E OBBLIGHI DEL PROVIDER.**

Il Provider si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

- 1) richiedere ed ottemperare a tutte le pratiche per l'accreditamento ECM dell'evento in oggetto, indicando, nella domanda di accreditamento, il ruolo di..... quale Sponsor commerciale dell'evento con la relativa modalità di sponsorizzazione;
- 2) provvedere all'organizzazione didattico - scientifica dell'evento, adottando le necessarie regole di correttezza e trasparenza, senza subire interferenze da parte dello Sponsor, e dichiarare di svolgere la propria attività in assenza di conflitto di interessi;
- 3) garantire che il contributo finanziario corrisposto dallo sponsor non è condizionante sui contenuti delle attività formative ma ha la esclusiva finalità di fornire il necessario supporto per la buona riuscita delle medesime.
- 4) assumersi la responsabilità dei contenuti formativi, della qualità scientifica e dell'integrità etica di tutte le attività educative dell'evento accreditato;
- 5) individuare, in qualità di responsabile scientifico dell'evento, il Dott. ....;
- 6) individuare i docenti chiamati a svolgere attività didattica provvedendo ai relativi eventuali compensi nel rispetto integrale delle disposizioni nazionale e regionali in materia;
- 7) consentire per tutta la durata del presente contratto, alla pubblicazione e divulgazione nel materiale promozionale dell'evento

**Serie Ordinaria n. 9 - Giovedì 28 febbraio 2013**

- (locandine; inviti, programma etc.) del logo dello Sponsor nelle forme, nei colori e nelle misure che lo Sponsor e Provider insieme concorderanno accompagnato dalla dicitura "evento sponsorizzato da .....";
- 8) mettere a disposizione dello Sponsor spazi espositivi per l'esposizione ed illustrazione, da parte di personale qualificato ed autorizzato dallo Sponsor, delle caratteristiche tecnico-scientifiche dei prodotti rientranti nel settore merceologico inerente l'evento.
- 9) Fornire allo Sponsor, almeno 70 giorni prima dell'inizio dell'evento, tutte le informazioni necessarie per procedere alla richiesta di autorizzazione ad AIFA prevista dall'art. 124 del D.Lgs. N. 219/2006. In ogni caso il programma definitivo dell'evento deve essere trasmesso almeno 30 giorni prima della data di svolgimento dello stesso.
- 10) Conservare la documentazione relativa ai rapporti con lo Sponsor per un periodo di anni 5.

SEGUONO EVENTUALI ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

**4. ATTIVITA' E OBBLIGHI DELLO SPONSOR**

*Spazio per l'inserimento descrizione ambito di attività dello sponsor*

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

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

SEGUONO EVENTUALI ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI

**5. ATTIVITA' E OBBLIGHI DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

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

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

SEGUONO EVENTUALI ULTERIORI CLAUSOLE PREVISTE DAI CONTRAENTI.

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

Il Provider pertanto dichiara che l'attività collaborativa della Segreteria Organizzativa non implica limitazioni o esonero delle responsabilità previste in capo al Provider dal Regolamento, dalla Normativa ECM e dal presente Contratto. Il Provider rimane dunque responsabile dell'adempimento delle obbligazioni assunte con il presente Contratto nei confronti dello Sponsor.

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

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

**6. RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE**

Le Parti si impegnano ad organizzare e condurre l'evento nel rispetto della normativa vigente in materia di eventi scientifici che hanno come sponsor commerciale una società privata e in particolare in conformità alla prescrizioni di cui al D.Lgs. N. 541/92 e alle Delibere della Giunta regionale della Lombardia.

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

**7. TUTELA DELLA PRIVACY E SICUREZZA DEI DATI PERSONALI**

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

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

**8. DURATA E SCIOLIMENTO DEL CONTRATTO**

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

**SPAZIO PER INSERIMENTO CLAUSOLE DA PARTE DEI CONTRAENTI\***

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

**9. MODIFICHE**

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

**10. FORO COMPETENTE**

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

Letto, approvato e sottoscritto.

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

Milano, lì\_\_\_\_\_

Provider

Sponsor

Segreteria Organizzativa

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

Sponsor

Segreteria Organizzativa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Milano, lì\_\_\_\_\_