

 <p>REGIONE DEL VENETO AZIENDA Z E R O</p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p align="center"><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p>
---	---	--

**Allegato n. 2**

**VERBALE DI VISITA DI OSSERVAZIONE E VERIFICA  
DEI REQUISITI MINIMI DELL'EVENTO FORMATIVO PRESSO LA SEDE DI SVOLGIMENTO  
DEGLI EVENTI**

**I PARTE**

Il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso la sede (*indicare indirizzo e luogo*) \_\_\_\_\_

**i sottoscritti:**

componenti dell'Osservatorio Regionale

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

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

personale UOC FSPS di Azienda Zero

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

**riferiscono di:**

**aver eseguito**

**non aver eseguito** perché:

evento non presente

evento diverso da quello programmato

la visita di verifica, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ **dell'evento formativo**

**ID** \_\_\_\_\_ **dal titolo** \_\_\_\_\_

erogato dal **Provider ID** \_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_

in presenza del **Referente del Provider** (*indicare nominativo e qualifica*)

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

Qualifica \_\_\_\_\_

Osservazioni degli Osservatori a seguito dell'esame preliminare della documentazione relativa all'evento:

 <p>REGIONE DEL VENETO AZIENDA Z E R O</p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p>PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	-----------------------------------

## II PARTE

### A) Sezione: LOGISTICA

	Requisito	Si	No	Note
A1	L'evento si svolge nella <b>sede</b> indicata nel form di accreditamento.			
A2	Il numero dei <b>posti a sedere</b> è congruo al numero dei partecipanti.			
A3	I <b>locali</b> sono <b>confortevoli</b> per le attività didattiche previste (temperatura, rumore, ventilazione, spazi etc.).			
A4	Sono presenti e funzionanti gli <b>ausili</b> ed i <b>presidi</b> necessari alla didattica.			
A5	Sono predisposti <b>locali adeguati</b> allo svolgimento delle diverse tecniche didattiche utilizzate (lavori di gruppo, stazioni di simulazione etc.).			
<p>Ulteriori osservazioni:</p>				

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p>PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	-----------------------------------

B) Sezione: ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
B1	Le <b>presenze</b> sono rilevate con il metodo previsto nel form di accreditamento.			
B2	Vengono registrati gli <b>orari</b> effettivi di entrata ed uscita dei <b>partecipanti</b> .			
B3	Vengono registrati gli <b>orari effettivi di</b> inizio e fine dell'attività formativa dei <b>docenti/relatori/tutor</b> .			
B4	La funzione di <b>segreteria</b> è presente per tutta la durata dell'evento.			
B5	Il <b>numero complessivo dei partecipanti</b> in aula è minore o uguale a quello indicato nell'accREDITamento. <i>N.B. Il numero complessivo dei partecipanti comprende tutte le persone che seguono l'evento compresi coloro che non hanno diritto all'acquisizione di crediti.</i>			
B6	L'evento inizia entro 15 minuti dall'orario previsto. <i>N.B.: Se inizia oltre tale termine indicare "No" e specificare l'entità del ritardo e la motivazione nelle note.</i>			
B7	La <b>durata</b> delle singole <b>attività</b> didattiche corrisponde a quanto previsto nel form di accREDITamento dell'evento.			
B8	La <b>durata</b> complessiva <b>dell'evento</b> corrisponde a quanto previsto nel form di accREDITamento. <i>N.B.: L'item è comunque soddisfatto se la durata complessiva dell'evento è inferiore fino ad un massimo di 15 minuti rispetto a quanto dichiarato dal Provider ai fini dell'accREDITamento.</i>			



 <p>REGIONE DEL VENETO AZIENDA Z E R O</p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p>PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	-----------------------------------

C) Sezione: DIDATTICA

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
C1	I <b>contenuti</b> proposti dai Provider sono coerenti con la professione sanitaria destinataria degli stessi e modulati sulla base delle diverse competenze in caso di evento accreditato per più professioni.			
C2	I <b>docenti/relatori/tutor</b> (titolari o sostituti) sono quelli indicati nel form di accreditamento. Nel caso di risposta "No" indicare nel campo note il nome/ cognome dei docenti.			
C3	Il <b>materiale didattico</b> corrisponde a quanto dichiarato nel form di accreditamento.			
C4	La <b>valutazione dell'apprendimento</b> avviene con la metodologia indicata nel form di accreditamento.			
C5	Il documento di <b>valutazione dell'apprendimento</b> riporta lo spazio per il nominativo e la firma del partecipante.			
C6	La <b>valutazione dell'apprendimento</b> viene svolta individualmente dai partecipanti (secondo quanto indicato nel Manuale Regionale per l'accreditamento degli eventi).			
C7	Vengono distribuiti e raccolti <b>questionari di gradimento</b> conformi alla "Scheda di valutazione dell'evento formazione" approvata dalla CRECM ( <i>ulteriori item possono essere aggiunti dal Provider in altre schede</i> ).			

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p align="center"><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	--

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
C8	I <b>questionari di gradimento</b> ("scheda di valutazione evento") sono compilati dai partecipanti al termine dell'attività didattica.			
<p>Ulteriori osservazioni:</p>				

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p>PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	-----------------------------------

D) Sezione: SPONSORIZZAZIONI, PUBBLICITÀ, FINANZIAMENTI, CONFLITTO D'INTERESSI PARTNERARIATO, RECLUTAMENTO

**D1 Sponsorizzazioni**

- a) L'evento è stato accreditato con sponsor?      SI      NO  
b) Sono presenti sponsor non dichiarati in fase di accreditamento?    SI      NO

Qualora sia stato indicato NO ai precedenti quesiti, i campi sottostanti (relativi ai requisiti da D1.1 a D1.8) non devono essere compilati.

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
D1.1	In presenza di <b>sponsor</b> , vi è <b>corrispondenza</b> tra lo sponsor effettivamente presente all'evento e quello/i dichiarato/i nel <b>form di accreditamento</b> .			
D1.2	In presenza di <b>sponsor</b> , sono <b>presenti i contratti</b> .			
D1.3	In presenza di <b>sponsor</b> , i <b>loghi</b> sono indicati esclusivamente prima dell'inizio e dopo la fine dell'attività educativa.			
D1.4	In presenza di <b>sponsor</b> , la loro <b>indicazione</b> nel depliant del programma è posta solo alla fine dello stesso, con dimensioni inferiori alla metà della pagina.			
D1.5	In presenza di <b>sponsor</b> , c'è corrispondenza tra le fonti di finanziamento dichiarate e quelle che il Provider riceve dallo sponsor. <i>N.B. visionare il contratto/accordo agli atti presso il Provider.</i>			
D1.6	In presenza di <b>rappresentanti dello sponsor</b> , come uditori, l'accesso in aula è di massimo due rappresentanti per sponsor. <i>N.B. verificare che la presenza non condizioni l'attività formativa e che i rappresentanti non facciano ingresso in aula con elementi identificativi dell'azienda sponsor.</i>			

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p align="center"><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	--

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
D1.7	<p>All'interno dei locali dove si svolge l'evento è assente <b>materiale promozionale</b> di qualsiasi tipo per specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi sanitari, etc.). Nel caso di risposta "No" specificare nelle note le modalità della pubblicità presente.</p>			
D1.8	<p>All'interno del materiale didattico, incluse le slide delle presentazioni, è assente qualsiasi <b>riferimento a sponsor e/o nomi commerciali di farmaci, strumenti o dispositivi sanitari.</b></p>			

Ulteriori osservazioni:

 <p>REGIONE DEL VENETO AZIENDA Z E R O</p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p>PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	-----------------------------------

**D2 - partner e conflitto d'interessi**

- a) L'evento è stato accreditato con partner?      SI      NO  
b) Sono presenti partner non dichiarati in fase di accreditamento?      SI      NO

Qualora sia stato indicato NO ai precedenti quesiti, i campi sottostanti (relativi ai requisiti da D2..1 a D2.2) non devono essere compilati.

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
D2.1	In presenza di <b>partner</b> , dichiarato nel form di accreditamento, vi è corrispondenza tra quanto dichiarato e le evidenze rilevate in sede di erogazione dell'evento.			
D2.2	In presenza di <b>partner</b> , è riportata nel contratto l'assenza di <b>conflitto di interessi</b> in base alla normativa ECM.			
Ulteriori osservazioni:				

**D3 - responsabile scientifico e conflitto d'interessi**

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
D3.1	Esiste una procedura/modalità che rilevi l'assenza del <b>conflitto d'interessi del responsabile scientifico</b> .			
Ulteriori osservazioni:				

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p>PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	-----------------------------------

**D4 - assenza di conflitto in relazione all'evento**

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
D4.1	<p>Il modello della <b>dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto d'interessi per ogni evento</b> è conforme a quello previsto.  <i>N.B.: file obbligatorio inserito dal Provider per accreditare l'evento.</i></p> <p><i>Il file va verificato nel portale prima della visita per valutarne la conformità al modello presente nella sezione moduli e documenti del Portale della Regione Veneto (cartella 3 - Modelli accreditamento eventi – "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto d'interessi per ogni evento").</i></p>			
<p>Ulteriori osservazioni:</p>				

**D5 - partecipanti e reclutamento**

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
D5.1	<p>I <b>partecipanti</b> sono a conoscenza del programma dell'evento.</p>			
D5.2	<p>Esiste una modalità di verifica relativa al <b>reclutamento</b> dei partecipanti.</p>			
<p>Ulteriori osservazioni:</p>				

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p align="center"><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	--

**Considerazioni finali degli Osservatori:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Osservazioni del Provider:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA Z E R O</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA</b></p> <hr/> <p align="center"><b>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</b></p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	--

**III PARTE**

L'EVENTO SARÀ SEGNALATO ALLA CRECM

NO

SI Se Si, specificarne il motivo:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il presente verbale di osservazione è composto da n°..... pagina/e, e n°..... allegato/i.

Copia dello stesso viene rilasciata al referente del Provider presente all'evento.

Letto, confermato e sottoscritto alle ore .....: .....                      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma Osservatori

Firma per il Provider

.....

.....

.....

**N.B.** Qualora non sia presente alcun referente del Provider, il verbale, privo di firma, dovrà essere inoltrato tempestivamente all'UOC FSPS per il seguito di competenza.