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

II PARTE

A) Sezione: LOGISTICA


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

Ulteriori osservazioni:

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


B) Sezione: ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
B1	Le presenze sono rilevate con il metodo previsto nel form di accreditamento.			
B2	Vengono registrati gli orari effettivi di entrata ed uscita dei partecipanti .			
B3	Vengono registrati gli orari effettivi di inizio e fine dell'attività formativa dei docenti/relatori/tutor .			
B4	La funzione di segreteria è presente per tutta la durata dell'evento.			
B5	Il numero complessivo dei partecipanti 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 durata delle singole attività didattiche corrisponde a quanto previsto nel form di accREDITAMENTO dell'evento.			
B8	La durata complessiva dell'evento 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</p>  <p>AZIENDA Z E R O</p>	<p align="center">PROCEDURA OPERATIVA</p> <hr/> <p align="center">Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	--


	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
B9	Tutti gli argomenti presenti nel form di accreditamento sono stati trattati.			
B10	Tutte le metodologie di insegnamento dichiarate nel form di accreditamento sono state realizzate.			

Ulteriori osservazioni:


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

C) Sezione: DIDATTICA

	Requisito	Si	No	Nota dell'Osservatore
C1	I contenuti 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 docenti/relatori/tutor (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 materiale didattico corrisponde a quanto dichiarato nel form di accreditamento.			
C4	La valutazione dell'apprendimento avviene con la metodologia indicata nel form di accreditamento.			
C5	Il documento di valutazione dell'apprendimento riporta lo spazio per il nominativo e la firma del partecipante.			
C6	La valutazione dell'apprendimento viene svolta individualmente dai partecipanti (secondo quanto indicato nel Manuale Regionale per l'accreditamento degli eventi).			
C7	Vengono distribuiti e raccolti questionari di gradimento 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>AZIENDA Z E R O</p>	<p align="center">PROCEDURA OPERATIVA</p> <hr/> <p align="center">Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</p>	<p align="center">PO_Azero_FSPS_003.02</p> <hr/>
---	---	--

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

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>AZIENDA Z E R O</p>	<p>PROCEDURA OPERATIVA</p> <hr/> <p>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</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 sponsor , vi è corrispondenza tra lo sponsor effettivamente presente all'evento e quello/i dichiarato/i nel form di accreditamento .			
D1.2	In presenza di sponsor , sono presenti i contratti .			
D1.3	In presenza di sponsor , i loghi sono indicati esclusivamente prima dell'inizio e dopo la fine dell'attività educativa.			
D1.4	In presenza di sponsor , la loro indicazione nel depliant del programma è posta solo alla fine dello stesso, con dimensioni inferiori alla metà della pagina.			
D1.5	In presenza di sponsor , 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 rappresentanti dello sponsor , 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>AZIENDA Z E R O</p>	<p>PROCEDURA OPERATIVA</p> <hr/> <p>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</p>	<p>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 materiale promozionale 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 riferimento a sponsor e/o nomi commerciali di farmaci, strumenti o dispositivi sanitari.</p>			

Ulteriori osservazioni:

	PROCEDURA OPERATIVA Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale	PO_Azero_FSPS_003.02
---	--	----------------------

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 partner , 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 partner , è riportata nel contratto l'assenza di conflitto di interessi 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 conflitto d'interessi del responsabile scientifico .			
Ulteriori osservazioni:				

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>AZIENDA Z E R O</p>	<p>PROCEDURA OPERATIVA</p> <hr/> <p>Visita di verifica dell'Osservatorio Regionale ad eventi formativi erogati dai Provider ECM, accreditati al sistema Regionale</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 dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sul conflitto d'interessi per ogni evento 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 partecipanti sono a conoscenza del programma dell'evento.</p>			
D5.2	<p>Esiste una modalità di verifica relativa al reclutamento dei partecipanti.</p>			
<p>Ulteriori osservazioni:</p>				

