

# ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

---

## Manuale utente

Versione 6 - novembre 2025



**AGENAS**

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

# Indice

<b>Revisioni.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduzione.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Accesso al sistema .....</b>	<b>6</b>
2.1 Registrazione .....	6
2.2 Recupero della password.....	8
2.3 Modifica password.....	10
2.4 Registrazione provider regionale .....	11
2.5 Accesso all'area riservata .....	12
2.6 Funzioni del menu principale .....	14
<b>3. Gestione dati .....</b>	<b>17</b>
3.1 Indicazioni pratiche per l'inserimento della documentazione.....	17
3.2 Dati dell'organizzatore.....	19
3.2.1 Organizzatore .....	20
3.2.2 Sede legale.....	21
3.2.3 Sede operativa.....	22
3.2.4 Legale rappresentante .....	23
3.2.5 Richiesta di accreditamento.....	25
3.2.6 Dati economici .....	28
3.3 Dati dei responsabili .....	29
3.3.1 Responsabile della segreteria .....	30
3.3.2 Responsabile amministrativo .....	31
3.3.3 Comitato scientifico: coordinatore .....	33
3.3.4 Componenti comitato scientifico .....	34
3.3.5 Responsabile del sistema informatico .....	36
3.3.6 Responsabile della qualità .....	38
<b>4. Allegati.....</b>	<b>40</b>

4.1 Atto costitutivo e statuto .....	41
4.2 Esperienza in formazione in ambito sanitario .....	41
4.3 Estratto del bilancio relativo alla formazione in ambito sanitario degli ultimi tre anni e budget previsionale per l'anno in corso .....	42
4.4 Utilizzo di sedi, strutture e attrezzature di altro soggetto .....	42
4.5 Sistema informatico dedicato alla formazione .....	43
4.6 Piano di Qualità .....	43
4.7 Dichiarazione del Legale Rappresentante .....	43
<b>5. Piano formativo .....</b>	<b>44</b>
<b>6. Validazione .....</b>	<b>49</b>
<b>7. Comunicazioni .....</b>	<b>51</b>
<b>8. Apertura campi .....</b>	<b>53</b>
<b>9. Contributo annuale .....</b>	<b>55</b>

## Revisioni

Versione	Pag	Paragrafo	Modifica
4.0	-	-	Nuova versione
4.0.1	6	Registrazione	Aggiornamento schermate di esempio
	10	Registrazion e provider regionale	
	12	Accesso all'area riservata	
	14	Recupero della password	
	41	Piano formativo	Modifica data ultima per la presentazione del piano formativo
	44	Piano formativo	Specifica sulla selezione dell'obiettivo formativo
4.0.2	51	Comunicazioni	Modifiche sull'allegato obbligatorio e relativa firma digitale.
4.0.3	51	Comunicazioni	Introduzione opzionalità della firma digitale
4.0.4	14	Recupero della Password	Modificate le istruzioni relative al cambio password.
4.0.5	9; 23	Registrazione; Legale Rappresentant e	Modificato il riferimento al servizio di assistenza.
5.0			Aggiornato l'intero manuale a seguito della ristrutturazione del sito ECM. Aggiunti i capitoli 7 - "Apertura campi" e 8 - "Contributo annuale".
6.0			Aggiornato l'intero manuale a seguito della ristrutturazione del sito ECM.

# 1. Introduzione

Il seguente manuale illustra le funzionalità del portale ecm.agenas.it e fornisce agli aspiranti provider un valido supporto per presentare correttamente l'istanza di accreditamento provvisorio.

Il manuale, inoltre, può fungere da supporto in tutte le fasi di accreditamento standard e rinnovo, nonché nei procedimenti di variazione.

Destinatari del seguente manuale sono tutti i soggetti che intendono effettuare una richiesta di accreditamento in qualità di provider provvisorio ECM.

La procedura di accreditamento provider è definita, da ultimo, dall'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, nonché dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM e relativi allegati. Tali documenti sono reperibili all'interno del sopracitato sito web ecm.agenas.it, sezione "normativa". Documento di centrale rilevanza è l'allegato A in materia di "requisiti minimi e standard di accreditamento": i requisiti riguardano in particolare le caratteristiche dei soggetti, la loro organizzazione e gli aspetti qualitativi nell'offerta formativa, nonché l'indipendenza da interessi commerciali.

Per la corretta compilazione della domanda, si indicano di seguito alcune pagine del portale ecm.agenas.it, di cui si raccomanda la consultazione, all'interno delle quali potrà essere reperita documentazione utile alla richiesta di accreditamento provvisorio.

- Sezione normativa nazionale: <https://ecm.agenas.it/normativa/normativa-nazionale>
- Sezione Manuali nazionali: <https://ecm.agenas.it/normativa/manuali>
- Sezione Provider/moduli e documenti: <https://ecm.agenas.it/provider/moduli-e-documenti>
- Decreto sul contributo alle spese: <https://ecm.agenas.it/storage/uploads/allegati/decreto-contributo-alle-spesse-26-03-2013.pdf>
- Sezione privacy: <https://ecm.agenas.it/privacy-policy>

## 2. Accesso al sistema

### 2.1 Registrazione

Per accedere al sistema è necessario dotarsi di un account SPID/CIE.

Il primo accesso dovrà essere realizzato necessariamente mediante accesso con SPID/CIE del legale rappresentante del soggetto che intende accreditarsi in qualità di provider. Effettuato l'accesso, sarà necessario selezionare il link **Registrazione provider ECM**.

Compariranno, dunque, le schermate di seguito riportate che dovranno essere compilate con le informazioni richieste.

La finestra "account" non sarà modificabile. I relativi dati saranno automaticamente impostati in seguito all'accesso mediante SPID/CIE.

**Account**

Nome

Cognome

Codice Fiscale

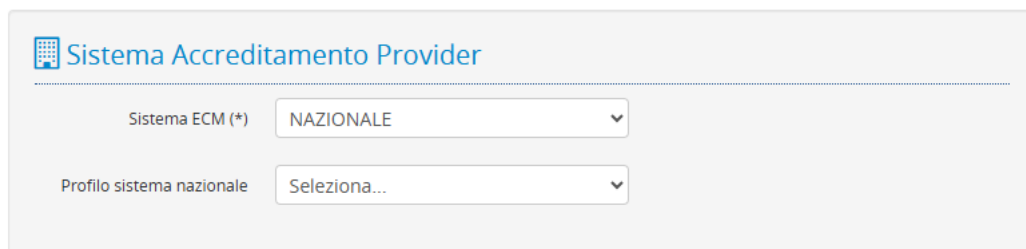
*I dati di questa sezione provengono dal servizio di autenticazione dell'identità digitale e pertanto non sono modificabili.*

Con riferimento al "sistema di accreditamento provider", sarà necessario selezionare il sistema nazionale per richiedere l'accreditamento all'interno del sistema Nazionale o uno dei sistemi delle Regioni in convenzione con Agenas (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia).

Nell'ambito del sistema ECM Nazionale sarà necessario scegliere tra "nuovo provider Nazionale" o "provider ECM regionale accreditato".

La selezione della voce "provider nazionale" consentirà l'accreditamento in qualità di provider nazionale, con possibilità di erogare eventi su tutto il territorio nazionale.

Per la registrazione in qualità di “provider ECM regionale accreditato” si invita a consultare preventivamente il **paragrafo 2.4** del presente documento.



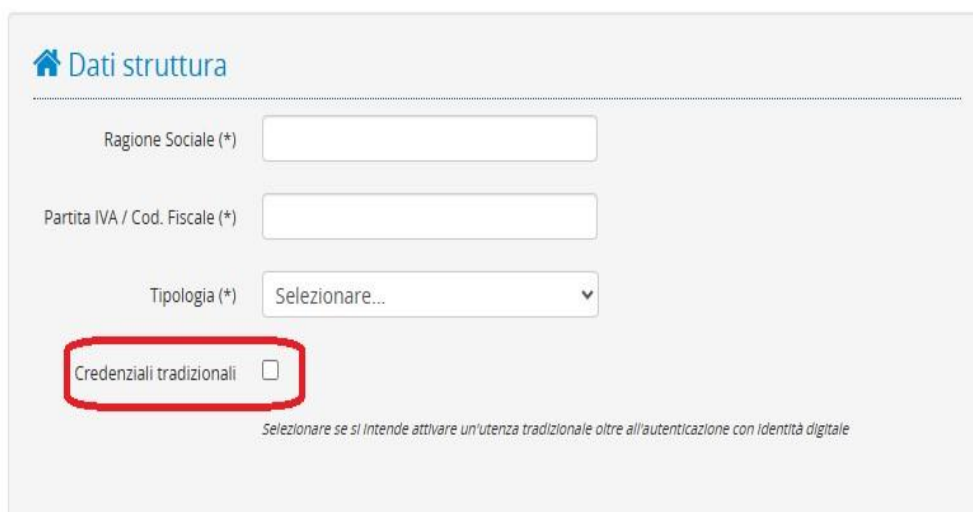
The screenshot shows a web form titled "Sistema Accreditamento Provider". It contains two dropdown menus. The first is labeled "Sistema ECM (\*)" and has "NAZIONALE" selected. The second is labeled "Profilo sistema nazionale" and has "Seleziona..." selected.

Nella sezione “dati struttura” è possibile richiedere il rilascio di credenziali tradizionali, selezionando la spunta cerchiata in rosso.

---

**NOTA BENE:** il **rilascio di credenziali** dovrà necessariamente essere richiesto in questa fase del processo.

---



The screenshot shows a web form titled "Dati struttura". It contains three input fields: "Ragione Sociale (\*)", "Partita IVA / Cod. Fiscale (\*)", and "Tipologia (\*)" with a dropdown menu showing "Selezionare...". Below these fields is a checkbox labeled "Credenziali tradizionali" which is circled in red. At the bottom of the form, there is a small italicized text: "Selezionare se si intende attivare un'utenza tradizionale oltre all'autenticazione con identità digitale".

Da ultimo verranno richieste specifiche informazioni relative ai dati del richiedente.

Il form, intitolato "Dati richiedente" con un'icona di persona, è diviso in sezioni da compilare. Le prime cinque sezioni sono campi di testo obbligatori, ciascuno con un asterisco (\*) e un rettangolo grigio per la scrittura:

- E-Mail (\*): con il sottotitolo "non inserire indirizzi PEC".
- Conferma E-Mail (\*): per la conferma dell'indirizzo email.
- PEC (\*): per l'indirizzo PEC.
- Incarico nella struttura (\*): per il ruolo nella struttura.
- Telefono (\*): per il numero di telefono.

Le ultime due sezioni sono checkbox:

- Newsletter: con un checkbox e il testo "Mettendo la spunta acconsente alla ricezione di aggiornamenti relativi alla Newsletter".
- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa: con un checkbox.

In basso a sinistra ci sono due pulsanti: "Registrati" (in blu) e "Indietro" (in blu con una freccia di ritorno).

## 2.2 Recupero della password

Per il recupero della password attribuita a seguito della richiesta di rilascio delle credenziali tradizionali, è disponibile la funzione dedicata, visibile nella seguente immagine.



## Autenticazione


SPID

CIE

Credenziali ECM

### accesso Provider ECM

☐ mostra password

 hai dimenticato la password?

Nella pagina di seguito riportata sarà necessario inserire l'indirizzo di posta elettronica o il nome utente scelti in fase di registrazione e selezionare Conferma.

### Reset password di accesso

Questa funzionalità può essere utilizzata per il recupero della password di accesso all'area MyEcm per i professionisti sanitari e all'area riservata per i provider nel sistema di Accreditamento Nazionale.  
Indicare l'indirizzo di posta elettronica indicato in fase di registrazione o il Nome Utente relativo al proprio account e premere il tasto *conferma* per richiedere il reset password.  
Riceverà le istruzioni per il reset della password all'indirizzo di posta elettronica indicato in fase di registrazione.

Seleziona tipo reset

Indirizzo Mail

Nel caso in cui l'indirizzo di posta elettronica sia associato a più utenze dovrà essere indicata l'utenza per cui si richiede il reset della password.

### Reset password di accesso

L'indirizzo di posta elettronica che ha inserito è associato a più di una utenza nel nostro database, deve necessariamente selezionare per quale utente effettuare il reset dalla lista e cliccare sul tasto conferma.

☐ MBIANCHI

☐ MARCOB

Verrà dunque inviata una e-mail all'indirizzo indicato al momento della

registrazione contenente un link per l'inserimento della nuova password.

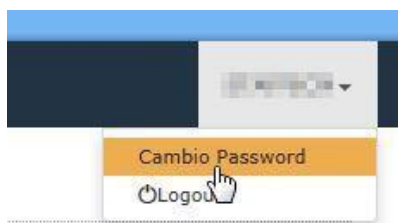
Per finalizzare la procedura occorre selezionare il tasto **Esegui**.



**NOTA BENE:** Se si desidera **recuperare il nome utente** inserito in fase di registrazione, occorre seguire la medesima procedura illustrata per il ripristino password. Nell'e-mail che riceverà sarà indicato il nome utente.

## 2.3 Modifica password

Per modificare la password, occorre utilizzare l'apposita funzione di **Cambio password** nel menu provider (in alto a destra).



Comparirà una schermata dove inserire la nuova password. Nella schermata è necessario inserire la vecchia password (in modo da autorizzare la modifica) e due volte la nuova password.

Si ricorda che la nuova password deve essere lunga almeno 8 caratteri e massimo 12, deve essere composta esclusivamente da caratteri alfabetici o numerici, e deve contenere almeno un carattere alfabetico e uno numerico.

Una volta selezionato il tasto **Conferma**, il cambiamento sarà immediatamente operativo.

## 2.4 Registrazione provider regionale

I provider già accreditati a livello regionale che intendono erogare eventi a livello nazionale devono accedere alla schermata di registrazione nelle medesime modalità di cui al [paragrafo 2.1](#).

Come evidenziato nella seguente schermata, tuttavia, è necessario selezionare, **"Sistema ECM NAZIONALE → Provider ECM Regionale Accreditato"**.

**Sistema Accredimento Provider**

Sistema ECM (\*) NAZIONALE

Profilo sistema nazionale PROVIDER ECM REGIONALE ACCREI

Sistema ECM di provenienza Selezionare...

ID Provider ECM regionale

Atto di accreditamento Scegli file Nessun file selezionato

**Attenzione:** inserire un file PDF firmato digitalmente nel formato CADES (ad es. FILE.PDF.P7M)

Dati del richiedente		
Sistema ECM di provenienza	Testo a scelta obbligatoria	Regione/Provincia autonoma presso la quale il provider è accreditato. <i>(Campo obbligatorio)</i>
ID provider ECM Regionale	Testo (max 50 caratteri)	Il codice identificativo con il quale si è registrati presso l'ente accreditante. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Atto di accreditamento	Documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf.p7m) dal legale rappresentante	Documento pdf, <b>firmato digitalmente dal legale rappresentante</b> , contenente la delibera regionale di accreditamento. <i>(Campo obbligatorio)</i>

## 2.5 Accesso all'area riservata

Per accedere alle funzionalità del sistema, l'utente potrà utilizzare SPID/CIE o, qualora siano state richieste le credenziali tradizionali, username e password. (ottenibili secondo la procedura descritta nel [paragrafo 2.1](#)).

La seguente schermata consentirà di selezionare la modalità ritenuta opportuna di accesso al sistema.

### Autenticazione

SPID

CIE

Credenziali ECM

 Sistema Pubblico  
di Identità Digitale

SPID è il sistema di accesso che consente di utilizzare, con un'identità digitale unica, i servizi online della Pubblica Amministrazione e dei privati accreditati. Se sei già in possesso di un'identità digitale, accedi con le credenziali del tuo gestore. Se non hai ancora un'identità digitale, richiedila ad uno dei gestori.

[Maggiori informazioni su SPID](#)  
[Non hai SPID?](#)

 **Entra con SPID**

  **AgID** Agenzia per  
l'Italia Digitale

Effettuato l'accesso, sarà visualizzabile la seguente home page utente dell'area riservata, con il relativo menu per accedere alle funzioni del sistema.

Home page
Gestione Dati
Adempimenti Annuali
Validazione
Homepage

Informazioni Provider

Identificativo: Ragione Sociale: AAAA

**Info** - Benvenuti nella sezione del sito E.C.M.-Agenas dedicata ai Provider che partecipano al programma nazionale di Educazione Continua in Medicina. Nella barra in alto è possibile accedere ai menù: "Gestione Dati" - "Adempimenti Annuali" - "Servizi Web" ed "Eventi". All'interno di ogni menù sono presenti delle voci con la descrizione della funzionalità. Selezionando il menù con il "Nome Utente" è possibile accedere alle funzioni di "Cambio Password" e di "Log Out" dalla sezione profilata.

In questa pagina inoltre sono presenti i dettagli temporali dell'Iter di Accreditamento, ed un riepilogo delle attività svolte.

Iter Accreditamento

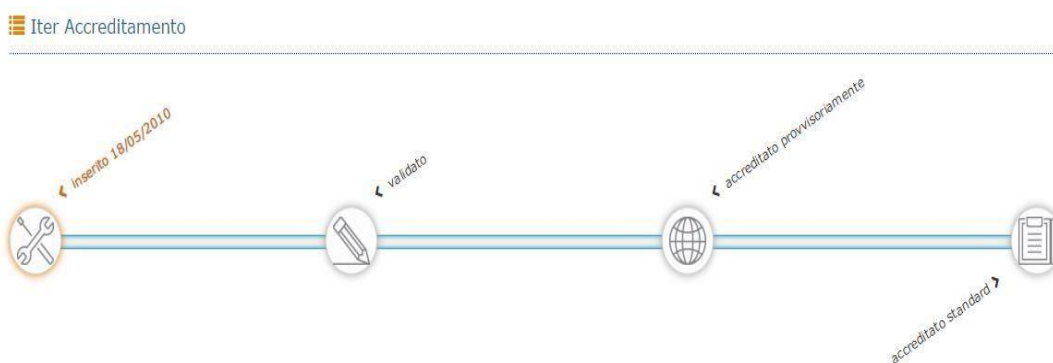
```

graph LR
    A((Inserimento 18/09/2025)) --> B((Validato))
    B --> C((Accreditato provvisoriamente))
    C --> D((Accreditato standard))
  
```

it/home.serv

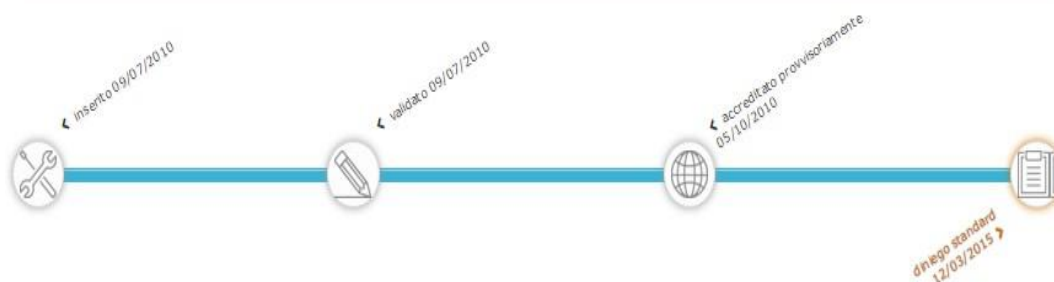
Nella sezione **Iter accreditamento** viene visualizzato graficamente lo storico dell'iter amministrativo seguito dal provider. Per ognuna delle quattro fasi fondamentali (inserimento, validazione, accreditamento provvisorio, accreditamento standard) viene riportato il completamento con la data.

Di seguito la schermata visualizzata da un aspirante provider.



Di seguito, invece, l'esempio di un provider che abbia già ottenuto l'accreditamento provvisorio e successivamente un diniego.

#### Iter Accreditamento



Nei paragrafi successivi sono descritte in dettaglio le funzioni del menu principale. Al termine delle operazioni, si raccomanda di uscire sempre dall'area riservata utilizzando la funzione **Menu provider** → **Logout** (in alto a destra).



## 2.6 Funzioni del menu principale

Tramite il menu principale è possibile accedere a tutte le funzioni del sistema di accreditamento provider.

Un aspirante provider, successivamente all'accesso, visualizzerà un menù della seguente tipologia:



Nel manuale vengono illustrate le funzioni presenti in **Gestione dati**, **Adempimenti annuali** e **Validazione**.

**Home page**   Gestione Dati   Adempimenti Annuali   Validazione   **Homepage**

**Informazioni Provider**

**Identificativo:**   **Ragione Sociale:** AAAA

**Info** - Benvenuti nella sezione del sito E.C.M.-Agenas dedicata ai Provider che partecipano al programma nazionale di Educazione Continua in Medicina. Nella barra in alto è possibile accedere ai menù: "Gestione Dati" - "Adempimenti Annuali" - "Servizi Web" ed "Eventi". All'interno di ogni menù sono presenti delle voci con la descrizione della funzionalità. Selezionando il menù con il "Nome Utente" è possibile accedere alle funzioni di "Cambio Password" e di "Log Out" dalla sezione profilata.

In questa pagina inoltre sono presenti i dettagli temporali dell'Iter di Accreditamento, ed un riepilogo delle attività svolte.

**Iter Accreditamento**

← Inserito 18/09/2025   ← validato   ← accreditato provvisoriamente   ← accreditato standard →

if/summa serv

Il menu **Gestione dati** contiene le funzioni:

- **Gestione dati:** permette l'inserimento dei dati necessari per richiedere l'accreditamento. La funzione è descritta al **Capitolo 3**. Una volta completato l'inserimento è necessario effettuare **la procedura di validazione**, accessibile mediante la voce di menu apposita descritta al **Capitolo 5**.

- **Comunicazioni:** che permette di inviare istanze ufficiali alla Segreteria ECM, come ad esempio: modifiche ai dati successivamente alla validazione, variazioni agli eventi, etc. La funzione è descritta al **Capitolo 7**;

Il menu **Adempimenti annuali**, invece, contiene le funzioni:

- **Piano formativo**, che permette di inserire le informazioni relative al piano formativo di massima. La funzione è descritta al **Capitolo 4**;
- **Contributo annuale**, mediante la quale è possibile registrare le informazioni relative al pagamento del contributo annuale. La funzione è descritta al **Capitolo 8**;
- **Relazione annuale:** per i provider già accreditati è disponibile anche la funzione relativa alla relazione annuale, da inserire entro il 31 marzo di ogni anno. All'interno del sito ecm.agenas.it, sezione provider/moduli e documenti è disponibile il manuale

utente relazione annuale (<https://ecm.agenas.it/provider/moduli-e-documenti>).



### 3. Gestione dati

Tramite la funzione **Gestione dati** è possibile inserire e/o modificare tutti i dati relativi alla richiesta accreditamento provvisorio da parte del Provider.



La sezione è suddivisa in tre aree:

- Dati dell'organizzatore
- Dati dei responsabili
- Allegati

Selezionando i rispettivi tasti **"Entra"** si accede alle pagine in cui vanno inseriti i dati necessari per la richiesta. Il tasto **"Riepilogo dati inseriti"** permette di visualizzare e stampare tutte le informazioni già inserite e salvate.

#### 3.1 Indicazioni pratiche per l'inserimento della documentazione

Nel corso del procedimento di accreditamento provvisorio e nelle successive fasi, il provider dovrà inserire all'interno del portale ECM diversi CV attestanti il possesso dei requisiti minimi.

In ogni caso in cui è richiesto l'inserimento di un CV, lo stesso deve:

- essere redatto, in lingua italiana o inglese, secondo il “formato europeo” del curriculum vitae;
- essere datato e sottoscritto, con espresso consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente;
- evidenziare l'esperienza operativa e/o accademica maturata nell'ambito specifico corrispondente al requisito necessario per il ruolo ricoperto mediante l'indicazione del percorso formativo completo di tutti i titoli accademici conseguiti, con il nome e tipo di istituto di formazione e la qualifica conseguita, l'eventuale numero di iscrizione a registri professionali (se professionista sanitario: albi, ordini, etc.) e l'esperienza nella formazione relativa, ad esempio, a docenze, esposizioni in qualità di relatore, titolarità di cattedra, nonché le eventuali pubblicazioni;
- precisare l'attività lavorativa svolta negli ultimi due anni;
- precisare l'assenza di interessi commerciali in ambito sanitario negli ultimi due anni dalla data di sottoscrizione;
- essere aggiornato ad ogni variazione rilevante ai sensi della normativa ECM e, comunque, ogni due anni.

### 3.2 Dati dell'organizzatore

The screenshot displays the 'Dati dell'Organizzatore' (Organizer Data) section of the E.C.M. web application. The header features the E.C.M. logo and the text 'Educazione Continua in Medicina', along with the 'agenas.s.' logo. A navigation bar at the top includes links: 'Home Page Ecm', 'Home Page', 'Accreditamento Provvisorio', 'Gestione Dati', and 'Organizzatore'. The main title 'Dati dell'Organizzatore' is centered. Below it, a paragraph explains that users can enter organizer data here and must click 'Salva' (Save) for each sub-section. Another paragraph notes that all necessary information for full access to any WEB platforms must be provided for CNFC verification. The form itself has a tabbed interface with the following tabs: 'Organizzatore' (selected), 'Sede Legale', 'Sede Operativa', 'Legale Rappresentante', 'Richiesta Accreditamento', and 'Dati Economici'. The 'Organizzatore' tab contains five numbered fields: 1. 'Tipo Organizzatore' (dropdown menu showing 'AZIENDE SANITARIE(AZIENDE USL, AZIENDE OSPEDALIERE, POLICLINICI)'), 2. 'Denominazione' (text input field), 3. 'Partita IVA/Codice Fiscale' (text input field), 4. 'Ragione Sociale' (dropdown menu showing 'ALTRO'), and 5. 'Società no-profit' (radio buttons for 'si' and 'no', with 'no' selected). A 'Salva' button is located at the bottom right of the form. At the very bottom of the page, there are 'Indietro' (Back) and 'Riepilogo' (Summary) buttons.

La suddetta funzione consente di inserire le informazioni relative alla struttura dell'organizzatore che ha presentato istanza di accreditamento. I campi sono strutturati in sei differenti schede:

- Organizzatore
- Sede Legale
- Sede Operativa
- Legale Rappresentante
- Richiesta Accreditamento
- Dati Economici

Per salvare i dati di ciascuna sottosezione è necessario selezionare il tasto **"Salva"** presente nella schermata relativa. In caso non si voglia salvare subito il dato, è possibile continuare con la compilazione delle altre schede. Nel passaggio da

una scheda all'altra, tuttavia, il sistema avvertirà della presenza di dati non salvati. In qualsiasi momento, selezionando il tasto **Riepilogo**, è possibile visualizzare un riepilogo stampabile di tutti i dati inseriti finora.

---

**NOTA BENE:** se si esce dalle pagine di inserimento senza aver selezionato **Salva** su ogni singola scheda, i dati non salvati non saranno recuperabili nell'accesso successivo.

---

### 3.2.1 Organizzatore

Nella tabella sono descritti i dati da inserire in questa sezione.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Tipo Organizzatore	Testo a scelta obbligatoria	Tipologia dell'organizzazione. Sono elencate tutte e sole le tipologie ammesse all'accreditamento. Questo campo non sarà più modificabile una volta inseriti i dati del legale rappresentante. ( <i>Campo obbligatorio</i> )
Unità organizzativa	Testo a scelta obbligatoria	Visibile solo se si è scelto "Università, facoltà e dipartimenti universitari" come Tipo organizzatore. ( <i>Campo obbligatorio</i> )
Denominazione	Testo (max 150 caratteri)	Denominazione della struttura richiedente. ( <i>Campo obbligatorio</i> )
Partita IVA/Codice Fiscale	Testo (16 caratteri)	Partita Iva o Codice Fiscale della struttura richiedente. ( <i>Campo obbligatorio</i> )
Ragione Sociale	Testo a scelta obbligatoria	Tipologia di ragione sociale dell'organizzazione. ( <i>Campo obbligatorio</i> )
Società no-profit	Si/no	Si/no. ( <i>Campo obbligatorio</i> )

### 3.2.2 Sede legale

Organizzatore Sede Legale Sede Operativa Legale Rappresentante Richiesta Accreditamento Dati Economici

6. Regione ABRUZZO

7. Provincia CHIETI

8. Comune ALTINO

9. Indirizzo

10. CAP

11. Telefono

12. Fax

13. E-mail

Indietro Riepilogo Salva

La sede legale è quella risultante dall'atto costitutivo e/o dal registro delle imprese. Ai fini dell'accreditamento ECM, la sede legale deve essere in Italia (o in UE con sede secondaria in Italia.). Tale sede non deve coincidere con imprese commerciali in ambito sanitario.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Regione	Testo a scelta obbligatoria	Lista Regioni italiane. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Provincia	Testo a scelta obbligatoria	Lista delle provincie della regione selezionata. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Città	Testo a scelta obbligatoria	Lista dei comuni delle provincie selezionate. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Indirizzo	Testo (max 50 caratteri)	Indirizzo della sede legale. <i>(Campo obbligatorio)</i>
CAP	Testo (max 5 caratteri)	CAP della sede legale. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono della sede legale. <i>(Campo obbligatorio)</i>
FAX	Testo (max 20 caratteri)	Numero di FAX della sede legale. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Email	Testo (max 50 caratteri)	Email di riferimento della sede legale. <i>(Campo obbligatorio)</i>

### 3.2.3 Sede operativa

Si tratta della sede ove il provider svolge l'attività organizzativo/amministrativa. Tale sede non deve coincidere con imprese commerciali in ambito sanitario.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Regione	Testo a scelta obbligatoria	Lista Regioni italiane. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Provincia	Testo a scelta obbligatoria	Lista delle provincie della regione selezionata. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Città	Testo a scelta obbligatoria	Lista dei comuni delle provincie selezionate. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Indirizzo	Testo (max 50 caratteri)	Indirizzo della sede operativa. <i>(Campo obbligatorio)</i>
CAP	Numerico (max 5 caratteri)	CAP della sede operativa. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Telefono	Numerico (max 20 caratteri)	Telefono della sede operativa. <i>(Campo obbligatorio)</i>
FAX	Testo (max 20 caratteri)	Numero di FAX della sede operativa. <i>Campo obbligatorio)</i>
Email	Testo (max 50 caratteri)	Email di riferimento della sede operativa. <i>(Campo obbligatorio)</i>

### 3.2.4 Legale rappresentante

Contiene le generalità della persona che ha il potere di rappresentanza del soggetto istante. L'opzione relativa all'eventuale delega apparirà soltanto nel caso in cui la tipologia dell'organizzazione (indicata nella scheda descritta al [paragrafo 3.2.1](#)) ne ammetta la possibilità. In linea generale, la delega è selezionabile per determinate strutture pubbliche.

I campi relativi al cognome, nome e codice fiscale del legale rappresentante risultano preimpostati sulla base del soggetto che si è autenticato mediante SPID/CIE e non sono modificabili.

In questa sezione è possibile inserire i dati dell'Organizzatore.

Per salvare sulla banca dati E.C.M. i dati di ciascuna sotto-sezione è necessario premere il pulsante *Salva* presente nella scheda relativa.

Il materiale durevole nonché tutte le informazioni necessarie all'accesso completo ad eventuali piattaforme WEB, deve essere reso disponibile per la verifica da parte della CNFC.

Organizzatore Sede Legale Sede Operativa **Legale Rappresentante** Richiesta Accreditamento Dati Economici

La presenza del l'immagine  segnala l'esistenza di un file allegato. Posizionando il mouse al di sopra di esso, viene visualizzato il nome del file. Col click è possibile aprirlo in lettura.  
La cancellazione del file è possibile clickando sul pulsante  corrispondente.

22. Cognome

23. Nome

24. Codice Fiscale

25. Telefono

26. Cellulare

27. E-mail

27.1 E-mail Certificata(PEC)

28. Atto di Nomina  Nessun file selezionato   




29. Curriculum Vitae    

29.1. Dichiarazione assenza di interessi commerciali  Nessun file selezionato     
[\(Scarica template\)](#)

Se applicabile, segnalare tramite l'apposito indicatore se i dati che si stanno inserendo fanno riferimento al legale rappresentante o a un delegato. Nel caso in cui i dati si riferiscano a un delegato, **la delega deve essere inserita in coda allo**

**stesso documento pdf che contiene l'atto di nomina.**

Per caricare un documento, utilizzare il tasto **"Scegli file"** di fianco alla casella relativa.

Una volta selezionato il file, selezionare il tasto  attendere che il tasto stesso venga sostituito dal comando **Annulla**. Una volta selezionata la voce "salva", l'icona  apparirà di fianco alla casella relativa. La cancellazione del file è possibile cliccando sull'icona  corrispondente.

Nei casi di inserimento di CV, nel rispetto della normativa privacy, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'Informativa Privacy - Provider ECM

**Disclaimer**

Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'Informativa consultabile al seguente link [Informativa Privacy - Provider ECM](#).

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Cognome	Testo	Cognome del legale rappresentante. (Campo obbligatorio - preimpostato)
Nome	Testo	Nome del legale rappresentante. (Campo obbligatorio - preimpostato)
Codice Fiscale	Testo	Codice fiscale del legale rappresentante. (Campo obbligatorio- preimpostato)
Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono del legale rappresentante. (Campo obbligatorio)
Cellulare	Testo (max 20 caratteri)	Cellulare del legale rappresentante. (Campo obbligatorio)
E-mail	Testo (max 50 caratteri)	Email del legale rappresentante. (Campo obbligatorio)
PEC	Testo (max 100 caratteri)	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata del legale rappresentante. ( Campo obbligatorio)
Atto di Nomina	Documento PDF	Atto di Nomina del legale rappresentante in formato PDF Può trattarsi di un verbale di assemblea, o un atto costitutivo o qualsiasi atto da cui possa evincersi in modo incontrovertibile la legale rappresentanza dell'ente. <b>L'eventuale delega</b> , inoltre, deve essere inserita in coda nello stesso file che contiene l'atto di nomina.



		<i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)</i>
Curriculum Vitae	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. <i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)</i>
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
Dichiarazione assenza di interessi commerciali	Documento PDF	La dichiarazione deve essere compilata secondo il template scaricabile e sottoscritta con <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b>

### 3.2.5 Richiesta di accreditamento

In questa scheda dovranno essere inserite le indicazioni per le relative tipologie formative per cui il provider richiede l'accreditamento (RES, FAD, FSC) e i professionisti sanitari cui intende indirizzare la propria formazione.

OrganizzatoreSede LegaleSede OperativaLegale Rappresentante**Richiesta Accreditamento**Dati Economici

Se l'accreditamento viene richiesto per tutte le professioni, selezionare l'opzione "generale(tutte le professioni)". In caso contrario selezionare "settoriale" e successivamente scegliere la professione. Dopo la selezione della professione, visualizzare le discipline e scegliere quelle di interesse mediante il tasto  e clickare il pulsante aggiungi. Per selezionare tutte le discipline premere il tasto .

E' possibile rimuovere le discipline, selezionandole dal riquadro di destra e utilizzando i tasti  o .

30. Accreditamento per tipologia

☒ generale (tutte le attività formative)  
☐ settoriale

31. Procedura formativa

☒ formazione a distanza (FAD)  
☒ formazione sul campo (FSC)  
☒ formazione residenziale (RES)

32. Accreditamento per professione

☐ generale (tutte le professioni)  
☒ settoriale

ASSISTENTE SANITARIO

Professioni

Visualizza Discipline

Salva

 **AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

**NOTA BENE:** per l'accreditamento generale è richiesta la presenza, all'interno del comitato scientifico, di almeno 5 professioni sanitarie coerenti con l'offerta formativa del provider (es: medico chirurgo, infermiere, psicologo, chimico e fisico). Per l'accreditamento settoriale è richiesta la presenza di almeno 3 professionisti che rappresentino le professioni oggetto di accreditamento. Per l'accreditamento settoriale per più di 5 professioni, è sufficiente la presenza di almeno 5 diverse professioni

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Accreditamento per tipologia	Opzione a scelta esclusiva	Se si sceglie <b>generale</b> , si richiede l'accreditamento per tutte le tipologie, se si sceglie settoriale si selezionano le tipologie formative.
Procedura formativa	Opzione a scelta multipla	Attivo solo se nel punto precedente si è scelto <b>settoriale</b> . Togliere il segno di spunta alle caselle relative alle metodologie per le quali non si intende fare richiesta.
Accreditamento per professioni	Opzione a scelta esclusiva	Analogamente a quanto detto sopra, se si sceglie <b>generale</b> si richiede l'accreditamento per tutte le professioni. Se invece si intende richiedere l'accreditamento solo per alcune professioni, scegliere <b>settoriale</b> . NB: per l'accreditamento generale è richiesta la presenza, all'interno del comitato scientifico, di almeno 5 professioni sanitarie coerenti con l'offerta formativa del provider (es: medico chirurgo, infermiere, psicologo, chimico e fisico). Per l'accreditamento settoriale è richiesta la presenza di almeno 3 professionisti che rappresentino le professioni oggetto di accreditamento. Per l'accreditamento settoriale per più di 5 professioni, è sufficiente la presenza di almeno 5 diverse professioni.
Professioni	Testo a scelta obbligatoria	Elenco delle professioni/discipline. (campo obbligatorio, se si è scelto l'accreditamento settoriale per professioni).

Per indicare solo alcune professioni, selezionare l'opzione **Settoriale**. Apparirà la casella a discesa dalla quale è possibile scegliere la professione. Una volta selezionato l'ambito appropriato, selezionare **Visualizza discipline**. Verranno

visualizzate le caselle relative alla scelta delle singole discipline per le quali richiedere l'accreditamento.

32. Accredитamento per professione

☐ generale (tutte le professioni)  
☒ settoriale

Professioni: ASSISTENTE SANITARIO

Visualizza Discipline

**MEDICO CHIRURGO**

ALLERGLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA  
ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
AUDIOLOGIA E FONIATRIA  
BIOCHIMICA CLINICA  
CARDIOCHIRURGIA  
CARDIOLOGIA  
**CHIRURGIA GENERALE**  
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE


> >> << <

ANATOMIA PATOLOGICA  
ANGIOLOGIA

Aggiungi Annulla

Salva

Nella casella di sinistra (discipline disponibili) sono elencate tutte le discipline relative alla professione scelta. Selezionare singolarmente quelle per le quali si vuole richiedere l'accreditamento e spostarle nella casella di destra (discipline selezionate) selezionando il tasto **>**. È possibile spostare tutte le discipline selezionando il tasto **>>**. In caso di inserimenti errati selezionare il tasto **<** o **<<**, rispettivamente, per rimuovere la disciplina selezionata dalla casella di destra o per svuotare la casella stessa.

Una volta selezionate tutte le discipline di interesse, selezionare il tasto **Aggiungi**. Le voci selezionate appariranno nell'elenco delle professioni scelte. Se si desidera inserire altre professioni, ripetere l'operazione. È possibile eliminare un ambito professionale cliccando su  nella colonna **Elimina**. È comunque necessario selezionare **Salva** per registrare le modifiche.

32. Accredитamento per professione

☐ generale (tutte le professioni)  
☒ settoriale

Professioni: ASSISTENTE SANITARIO

Visualizza Discipline

Professione	Discipline	Elimina
CHIMICO	CHIMICA ANALITICA;	
INFERMIERE	INFERMIERE;	
MEDICO CHIRURGO	CARDIOCHIRURGIA; CARDIOLOGIA; NEUROLOGIA;	

Salva

### 3.2.6 Dati economici

Organizzatore Sede Legale Sede Operativa Legale Rappresentante Richiesta Accredimento **Dati Economici**

33. Fatturato o Costi complessivi degli ultimi 3 anni (in migliaia di euro)

2012 100  
2011 100  
2010 100

34. Fatturato o Costi dedicati alla formazione del personale sanitario degli ultimi 3 anni (in migliaia di euro)

2012 50  
2011 50  
2010 50

35. Numero di dipendenti dedicati alla formazione

tempo indeterminato: 15  
altro personale: 2

Salva

Nella tabella sono descritti i dati da inserire in questa sezione.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Fatturato o costo complessivo degli ultimi 3 anni (in migliaia di euro)	Numerico (max 15 cifre)	Fatturato complessivo degli ultimi tre anni della struttura richiedente, espressa in migliaia di euro. Per gli enti pubblici indicare il costo. I dati economici devono essere inseriti in migliaia di euro. Ad es. 1000 anziché 1.000.000 €. (Campo obbligatorio, se applicabile)
Fatturato dedicato alla formazione del personale sanitario degli ultimi 3 anni (in migliaia di euro)	Numerico (max 15 cifre)	Fatturato dedicato alla formazione in ambito sanitario degli ultimi tre anni, espressa in migliaia di euro. Per gli enti pubblici indicare il costo. I dati economici devono essere inseriti in migliaia di euro. Ad es. 1000 anziché 1.000.000 €. (Campo obbligatorio, se applicabile)
Numero dipendenti dedicato alla formazione	Numerico (max 4 cifre)	Numero dei dipendenti dedicati alla formazione, distinti in "tempo indeterminato" e "altro personale". (Campo obbligatorio, indicare 0 se non presente)

### 3.3 Dati dei responsabili

**Dati dei Responsabili**

In questa sezione è possibile inserire i dati dei Responsabili dell'Organizzatore.

Per salvare sulla banca dati E.C.M. i dati di ciascun responsabile è necessario premere il pulsante *Salva* presente nella scheda relativa.

La presenza dell'immagine  segnala l'esistenza di un file allegato. Posizionando il mouse al di sopra di esso, viene visualizzato il nome del file. Col click è possibile aprirlo in lettura.

La cancellazione del file è possibile facendo click sul pulsante  corrispondente.

Segreteria	Amministrazione	Coordinatore Comitato Scientifico	Componenti Comitato Scientifico	Sistema Informatico	Qualità
36.	Cognome	<input type="text"/>			
37.	Nome	<input type="text"/>			
38.	Codice Fiscale	<input type="text"/>			
39.	Telefono	<input type="text"/>			
40.	E-mail	<input type="text"/>			

**Salva**

**Indietro** **Riepilogo**

Per accedere alla sezione selezionare l'opzione "**Entra**", come descritto all'inizio di questo capitolo. In questa sezione vanno inserite le informazioni anagrafiche relative alle figure responsabili delle varie attività all'interno della struttura dell'organizzatore.

I campi sono strutturati in sei differenti schede.

- Responsabile della segreteria
- Responsabile amministrazione
- Coordinatore comitato scientifico
- Componenti comitato scientifico
- Responsabile del sistema informatico
- Responsabile della qualità


Per ciascuna di queste figure è richiesto l'inserimento, analogamente a quanto avviene per il Legale Rappresentante (**cf. par. 3.2.4**), dell'atto di nomina da parte del legale rappresentante all'incaricato, del CV e della dichiarazione di assenza di interessi commerciali.



Per salvare i dati di ciascuna sottosezione è necessario selezionare il tasto

**Salva** presente nella schermata relativa. In caso non si voglia salvare subito il dato in banca dati, è possibile continuare con la compilazione delle altre schede. Nel passaggio da una scheda all'altra, tuttavia, il sistema avvertirà della presenza di dati non salvati. In qualsiasi momento, selezionando il tasto **Riepilogo**, sarà possibile visualizzare un riepilogo stampabile di tutti i dati inseriti finora.

**NOTA BENE:** tutti i CV richiesti in questa sezione devono essere in **formato europeo, aggiornati** e riportare la **firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)** del titolare del CV stesso. La dimensione dei file pdf non deve superare i 2 megabyte.

In fase di inserimento dei CV, il provider dovrà dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver sottoposto ai vari responsabili l'informativa Informativa Privacy - Provider ECM

Per caricare un documento, utilizzare il tasto **Sfoglia** di fianco alla casella relativa. Una volta selezionato il file, selezionare il tasto  e attendere che lo stesso venga sostituito dal comando **Annulla**.

Se un file viene accettato, l'icona  apparirà di fianco alla relativa casella. Posizionando il mouse sopra alla stessa icona viene visualizzato il nome del file. La cancellazione del file è possibile cliccando sul tasto  corrispondente al file.

**NOTA BENE:**

- per allegare i documenti è necessario aver precedentemente inserito e salvato i dati relativi al legale rappresentante nella sezione Organizzatore (vedi [paragrafo 3.2.4](#)).

### 3.3.1 Responsabile della segreteria

Nella tabella sono descritti i dati da inserire in questa sezione.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Cognome	Testo (max 50 caratteri)	Cognome del responsabile della segreteria. (Campo obbligatorio)
Nome	Testo (max 50 caratteri)	Nome del responsabile della segreteria. (Campo obbligatorio)
Codice Fiscale	Testo (16 caratt)	Codice fiscale del responsabile della segreteria. (Campo obbligatorio)

	eri)	
Telefono	Testo (max 20 - caratt eri)	Telefono del responsabile della segreteria. (Campo obbligatorio)
Email	Testo (max 20 caratt eri)	Email del legale rappresentante. (Campo obbligatorio)

### 3.3.2 Responsabile amministrativo

Il responsabile amministrativo si occupa della fase amministrativo/gestionale del provider.

Dal CV devono evincersi le competenze, operative e/o accademiche, relative alla carica ricoperta.

Segreteria

Amministrazione

Coordinatore Comitato Scientifico

Componenti Comitato Scientifico

Sistema Informatico

Qualità

41.

Cognome

42.

Nome

43.

Codice Fiscale

44.

Telefono

45.

Cellulare

46.

E-mail

47.

Atto di Nomina

Scegli file

Nessun file selezionato

48.

Curriculum Vitae

Carica File

48.1

Dichiarazione assenza di interessi commerciali  
([Scarica template](#))

Scegli file

Nessun file selezionato

Salva

Indietro

Riepilogo

Nella tabella sono descritti i dati da inserire in questa sezione.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Cognome	Testo (max 50 caratteri)	Cognome del responsabile amministrativo. (Campo obbligatorio)
Nome	Testo (max 50 caratteri)	Nome del responsabile amministrativo. (Campo obbligatorio)
Codice Fiscale	Testo (16 caratteri)	Codice fiscale del responsabile amministrativo. (Campo obbligatorio)
Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono del responsabile amministrativo. (Campo obbligatorio)
Cellulare	Testo (max 20 caratteri)	Cellulare del responsabile amministrativo. (Campo obbligatorio)
Email	Testo (max 50 caratteri)	Email del responsabile amministrativo. (Campo obbligatorio)
Atto di Nomina	Documento PDF	L'atto di nomina deve riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> sia del legale rappresentante (o delegato) che del nominato per accettazione. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)
Curriculum Vitae	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
Dichiarazione assenza di interessi commerciali	Documento PDF	La dichiarazione deve essere compilata secondo il template scaricabile e sottoscritta con <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b>
Atto di Nomina	Documento PDF	L'atto di nomina deve riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> sia del legale rappresentante (o delegato) che del nominato per accettazione. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)



### 3.3.3 Comitato scientifico: coordinatore

Il coordinatore del comitato scientifico promuove e dà impulso alle attività del Comitato Scientifico.

Il coordinatore del comitato scientifico deve avere competenze andragogiche in materia sanitaria ed essere qualificato nell'ambito della Sanità per titoli.

The screenshot shows a web interface for the 'Coordinatore Comitato Scientifico' section. It contains several input fields and file upload buttons. The fields are numbered 49 through 56.1. The 'Atto di Nomina' and 'Dichiarazione assenza di interessi commerciali' fields have a 'Scegli file' button and a status indicator 'Nessun file selezionato'. The 'Curriculum Vitae' field has a 'Carica File' button. A 'Salva' button is located at the bottom right.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Cognome	Testo (max 50 caratteri)	Cognome del coordinatore del comitato. <i>(campo obbligatorio)</i>
Nome	Testo (max 50 caratteri)	Nome del coordinatore del comitato. <i>(campo obbligatorio)</i>
Codice Fiscale	Testo (16 caratteri)	Codice fiscale del coordinatore del comitato. <i>(campo obbligatorio)</i>
Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono del coordinatore del comitato. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Cellulare	Testo (max 20 caratteri)	Cellulare del coordinatore del comitato. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Email	Testo (max 50 caratteri)	Email del coordinatore del comitato. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Atto di Nomina	Documento PDF	L'atto di nomina deve riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> sia del legale rappresentante (o delegato) che del nominato per accettazione. <i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)</i>

Curriculum Vitae	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. <i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)</i>
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
Dichiarazione assenza di interessi commerciali	Documento PDF	La dichiarazione deve essere compilata secondo il template scaricabile e sottoscritta con <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b>

### 3.3.4 Componenti comitato scientifico

Contiene le generalità dei componenti del comitato scientifico. Inserire i dati di ogni singolo membro del comitato nelle apposite caselle, e poi premere **Salva**. I dati salvati appariranno in una tabella sotto alle caselle stesse, come si vede in figura. Selezionando **Pulisci** è possibile svuotare il contenuto di tutte le caselle.

#### NOTA BENE:

- in caso di accreditamento generale, i componenti del comitato scientifico devono essere almeno cinque (quattro più il coordinatore; se il coordinatore è anche componente va reinserito anche in questa sezione). Il sistema non permetterà la validazione con numero inferiore a quello indicato. In questo caso è necessario che vi siano almeno 5 professioni sanitarie coerenti con l'offerta formativa del provider.
- In caso di accreditamento settoriale i componenti devono essere almeno 3 e rappresentare le professioni oggetto di accreditamento.
- In caso di accreditamento settoriale per più di 5 professioni, i componenti devono essere almeno 5 e rappresentare almeno 5 delle professioni oggetto dell'accREDITamento.

In qualsiasi momento (ma prima della validazione) è possibile eliminare un componente inserito cliccando sul tasto **X** oppure modificare i dati già inseriti. In questo secondo caso, i dati del componente saranno caricati nelle caselle

di inserimento. Dopo aver modificato i dati necessari, selezionare **"Salva"**. I dati modificati sovrascriveranno i dati preesistenti.

Per ogni CV inserito il provider dovrà dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver sottoposto ai singoli componenti l'Informativa Privacy - Provider ECM.

Segreteria Amministrazione Coordinatore Comitato Scientifico **Componenti Comitato Scientifico** Sistema Informatico Qualità

Compilare il seguente form con le informazioni relative a ciascun componente del Comitato Scientifico e premere il pulsante *Salva* per inserirlo nella banca dati. Tutti i dati richiesti sono obbligatori. Premere il pulsante *Pulisci* per ripulire i campi compilati.

I componenti del comitato scientifico (minimo 5) saranno visibili nella tabella sottostante: per eliminarne uno, scegliere *Elimina* (✖) sulla riga corrispondente. E' possibile inoltre modificare i dati di un componente con il tasto *Modifica* (🔍). Per visualizzare l'allegato clickare sul nome.

Nel caso la tabella con i componenti dovesse eccedere le dimensioni dello spazio assegnato all'interno della finestra, utilizzare la barra di scorrimento per visualizzare i dati relativi ai componenti.

Cognome	<input type="text"/>	
Nome	<input type="text"/>	
Codice Fiscale (Obbligatorio solo per i cittadini Italiani)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Straniero
Telefono	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	
Atto di Nomina	<input type="button" value="Scegli file"/> Nessun file selezionato	<input type="button" value="📄"/>
Curriculum Vitae	<input type="button" value="Carica File"/>	<input type="button" value="📄"/>
Dichiarazione assenza di interessi commerciali ( <a href="#">Scarica template</a> )	<input type="button" value="Scegli file"/> Nessun file selezionato	<input type="button" value="📄"/>
<input type="button" value="Salva"/>		<input type="button" value="Pulisci"/>

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Cognome	Testo (max 50 caratteri)	Cognome del componente del comitato. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Nome	Testo (max 50 caratteri)	Nome del componente del comitato. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Codice Fiscale	Testo (16 caratteri)	Codice fiscale del componente del comitato. Non è necessario inserire questo dato nel caso in cui il membro non sia cittadino italiano. <i>(Campo obbligatorio)</i>

Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono del componente del comitato. (Campo obbligatorio)
Cellulare	Testo (max 20 caratteri)	Cellulare del componente del comitato. (Campo obbligatorio)
Email	Testo (max 50 caratteri)	eMail del componente del comitato. (Campo obbligatorio)
Atto di Nomina	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)
Curriculum Vitae	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. Deve, inoltre, essere firmato digitalmente dal legale rappresentante. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
Dichiarazione assenza di interessi commerciali	Documento PDF	La dichiarazione deve essere compilata secondo il template scaricabile e sottoscritta con <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b>

### 3.3.5 Responsabile del sistema informatico

Contiene le generalità della persona responsabile del sistema informatico dedicato alla formazione.

Il responsabile informatico si occupa della gestione dell'infrastruttura informatica del provider. La valutazione delle competenze viene effettuata sulla base della tipologia di accreditamento richiesta dal provider. Qualora il provider richieda l'accreditamento per la tipologia FAD, dovrà disporre di un responsabile informatico con competenze idonee alla gestione della piattaforma che intende

rendere disponibile per la somministrazione dei corsi.

Segreteria
Amministrazione
Coordinatore Comitato Scientifico
Componenti Comitato Scientifico
Sistema Informatico
Qualità

57. Cognome   
58. Nome   
59. Codice Fiscale   
60. Telefono   
61. Cellulare   
62. E-mail   
63. Atto di Nomina  Nessun file selezionato   
64. Curriculum Vitae    
64.1 Dichiarazione assenza di interessi commerciali  
(Scarica template)  Nessun file selezionato

Campo	Tipo di dato	Valori ammessi
Cognome	Testo (max 50 caratteri)	Cognome del responsabile del sistema. (Campo obbligatorio)
Nome	Testo (max 50 caratteri)	Nome del responsabile del sistema. (Campo obbligatorio)
Codice Fiscale	Testo (16 caratteri)	Codice fiscale del responsabile del sistema. (Campo obbligatorio)
Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono del responsabile del sistema. (Campo obbligatorio)
Cellulare	Testo (max 20 caratteri)	Cellulare del responsabile del sistema. (Campo obbligatorio)
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
E-mail	Testo (max 50 caratteri)	Email del responsabile del sistema. (Campo obbligatorio)
Atto di Nomina	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)

Curriculum Vitae	Documento PDF	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b> del titolare dello stesso. Deve, inoltre, essere firmato digitalmente dal legale rappresentante. <i>(Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)</i>
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
Dichiarazione assenza di interessi commerciali	Documento PDF	La dichiarazione deve essere compilata secondo il template scaricabile e sottoscritta con <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b>

### 3.3.6 Responsabile della qualità

In questa sezione vanno inserite le generalità del soggetto responsabile della qualità.

Il responsabile della qualità si occupa della redazione del piano di qualità del provider e supporta il provider nella corretta applicazione dei processi.

Dal CV deve evincersi l'esperienza operativa e/o accademica nel sistema dei procedimenti di qualità in ambito formativo.

Segreteria
Amministrazione
Coordinatore Comitato Scientifico
Componenti Comitato Scientifico
Sistema Informativo
Qualità

65. Cognome

66. Nome

67. Codice Fiscale

68. Telefono

69. Cellulare

70. E-mail

71. Atto di Nomina  Nessun file selezionato

72. Curriculum Vitae

72.1 Dichiarazione assenza di interessi commerciali  
(Scarica template)  Nessun file selezionato

Campo	Tipo di dato	Valori ammessi
Cognome	Testo (max 50 caratteri)	Cognome del responsabile della qualità. (Campo obbligatorio)
Nome	Testo (max 50 caratteri)	Nome del responsabile della qualità. (Campo obbligatorio)
Codice Fiscale	Testo (16 caratteri)	Codice fiscale del responsabile della qualità. (Campo obbligatorio)
Telefono	Testo (max 20 caratteri)	Telefono del responsabile della qualità. (Campo obbligatorio)
Cellulare	Testo (max 20 caratteri)	Cellulare del responsabile della qualità. (Campo obbligatorio)
Email	Testo (max 50 caratteri)	Email del responsabile della qualità. (Campo obbligatorio)
Atto di Nomina	Documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf.p7m) dal legale rappresentante	L'atto di nomina deve riportare la <b>firma autografa</b> sia del legale rappresentante (o delegato) che del nominato per accettazione. Deve essere, inoltre, firmato digitalmente dal legale rappresentante (o delegato). (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)
Curriculum Vitae	Documento PDF firmato digitalmente (con estensione .pdf.p7m) dal legale rappresentante	Il curriculum vitae deve essere in <b>formato europeo, aggiornato</b> e riportare la <b>firma autografa</b> del titolare dello stesso. Deve, inoltre, essere firmato digitalmente dal legale rappresentante. (Campo obbligatorio. Le dimensioni del file non devono superare i 2MB)
Informativa trattamento dati	Sì/No	In fase di inserimento del CV, il provider deve dichiarare, selezionando l'opzione "sì", di aver Il provider dichiara di aver sottoposto al Legale Rappresentante l'informativa consultabile al seguente link Informativa Privacy - Provider ECM.
Dichiarazione assenza di interessi commerciali	Documento PDF	La dichiarazione deve essere compilata secondo il template scaricabile e sottoscritta con <b>firma autografa o digitale (copia conforme in formato .pdf)</b>

## 4. Allegati

In questa sezione devono essere inseriti tutti i documenti necessari per la richiesta di accreditamento. Tutti i documenti devono disporre dei requisiti formali minimi: a titolo esemplificativo, nel caso dell'Atto costitutivo, lo stesso deve contenere gli elementi identificativi quali numero di repertorio, sottoscrizione avente validità legale, ecc... Si precisa che l'allegato di cui al campo 80 "*Dichiarazione del Legale rappresentante attestante la veridicità della documentazione connessa alla registrazione in qualità di provider*" deve obbligatoriamente contenere la firma digitale del legale rappresentante. Per informazioni sulla firma digitale fare riferimento al manuale utente "Firma digitale" sul sito ECM. Dopo la firma digitale, il documento deve avere estensione .pdf.p7m.

Gli allegati non possono superare i 2 megabyte): si consiglia, pertanto, di scannerizzare i documenti a bassa risoluzione, verificandone comunque la leggibilità (300 DPI o inferiore, preferibilmente in bianco e nero: utilizzare il colore solo se indispensabile).

**E.C.M.** agenas.s.  
Educazione Continua in Medicina

Home Page Ecm > Home Page > Accredimento Provvisorio > Gestione Dati > Allegati



**Allegati**

Per inserire gli allegati occorre cliccare sul tasto sfoglia e selezionare il file da inserire. Dopo ogni inserimento è necessario salvare con l'apposito tasto che viene visualizzato in corrispondenza. In caso di errore è possibile eliminare il file con il tasto *Annulla* corrispondente. Dopo il salvataggio, per rimuovere l'allegato utilizzare il tasto ed eventualmente ripetere l'operazione di inserimento. Mediante il tasto è possibile aprire in lettura il file allegato. Tutti gli allegati devono essere obbligatoriamente inseriti prima della validazione.

73.	Atto costitutivo e statuto (Obbligatorio per i soggetti privati - max 4 mb)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	
74.	Esperienza in formazione in ambito sanitario (Obbligatorio per i soggetti che hanno già svolto attività formative in ambito sanitario)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	
75.	Estratto del bilancio relativo alla formazione in ambito sanitario degli ultimi tre anni e budget previsionale per l'anno in corso (Obbligatorio per i soggetti che hanno già svolto attività formative in ambito sanitario)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	
76.	Utilizzo di sedi, strutture e attrezzature di altro soggetto (contratti, accordi, partenariato, ecc) (Obbligatorio per chi utilizza sedi, strutture e attrezzature di altri soggetti)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	
77.	Struttura organizzativa specifica con funzionigramma e organigramma (Obbligatorio)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	
78.	Sistema informatico dedicato alla formazione in ambito sanitario (Obbligatorio)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	<a href="#">Esempio</a>
79.	Piano di Qualità (Obbligatorio)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	
80.	Dichiarazioni del Legale Rappresentante attestante la veridicità della documentazione connessa alla registrazione in qualità di provider (Obbligatorio)	<input type="text" value="Sfoglia..."/>	<a href="#">Esempio</a>

Per inserire gli allegati, utilizzare il tasto **Sfoglia** di fianco alla casella relativa. Una volta selezionato il file, selezionare l'icona e attendere che la stessa venga



sostituita dal comando **Annulla**. Nel momento in cui si seleziona "**Salva**" il sistema verifica la correttezza del file e rifiuta il documento nel caso in cui non rispetta i requisiti di cui sopra. Se un file viene accettato, l'icona  apparirà di fianco alla casella relativa. Posizionando il mouse sopra alla stessa icona viene visualizzato il nome del file. La cancellazione del file è possibile cliccando sull'icona  corrispondente.

---

**NOTA BENE:** in questa fase il sistema verifica esclusivamente che il file non superi i MB di cui sopra e la validità della firma digitale con esclusivo riferimento al campo 80. Il fatto che il documento sia stato caricato a sistema e accettato dallo stesso, non determina una valutazione positiva automatica. La verifica formale e sostanziale verrà effettuata successivamente nell'ambito del procedimento amministrativo.

---

Di seguito si riporta una descrizione per ogni documento che è necessario inserire.

#### 4.1 Atto costitutivo e statuto

È obbligatorio solo per i soggetti privati. **Entrambi** i documenti (in un unico file) devono essere inseriti in questa casella. Nell'oggetto sociale deve essere presente la dicitura "Attività di formazione continua in sanità" e/o "ECM". **Se lo statuto è stato modificato** nel tempo è necessario inserire esclusivamente l'ultima versione. All'interno dell'oggetto sociale, inoltre, non possono essere citate attività di produzione, commercializzazione, distribuzione e pubblicità di prodotti di interesse sanitario, secondo quanto previsto dall'art. 45 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017

---

**NOTA BENE:** se nell'oggetto sociale è presente la clausola di stile "*la società potrà, infine, svolgere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie dirette al conseguimento dell'oggetto sociale*" (o simili) è necessario che il legale rappresentante compili la dichiarazione di esclusione del conflitto di interessi (secondo il modello reperibile sul sito ECM nella sezione "Moduli e documenti") per l'oggetto sociale. La dichiarazione deve essere inserita in calce al documento contenente atto costitutivo e statuto.

---

#### 4.2 Esperienza in formazione in ambito sanitario

Il documento va prodotto se il soggetto richiedente ha pregresse esperienze in formazione.

Nel caso in cui il soggetto richiedente non abbia pregresse esperienze, si raccomanda di inserire un documento pdf che chiarisca che al momento dell'avanzamento dell'istanza di accreditamento provvisorio il soggetto non è in possesso di pregresse esperienze in formazione.

#### 4.3 Estratto del bilancio relativo alla formazione in ambito sanitario degli ultimi tre anni e budget previsionale per l'anno in corso

I documenti devono evidenziare l'eventuale impegno economico pregresso per attività formative e la disponibilità economico-finanziaria per le attività pianificate nell'anno in corso. In assenza di attività formative pregresse, l'aspirante provider dovrà inserire solo il **budget previsionale**. Per gli enti pubblici (Aziende Sanitarie, Università, etc.) il documento deve riguardare solamente i bilanci dell'Ufficio Formazione. I bilanci e documenti economici devono risultare congrui agli obiettivi, alla numerosità dell'utenza e alla tipologia di ECM che intende organizzare.

Si precisa che non è necessario inserire l'intero documento di bilancio ma un estratto.

#### 4.4 Utilizzo di sedi, strutture e attrezzature di altro soggetto

Documentazione relativa alle sedi e strutture per l'erogazione delle diverse tipologie formative (vedi **capitolo 3.2.5**). All'interno della suddetta sezione dovranno essere inseriti:

- esistenza dei titoli di proprietà, contratto di locazione o altro titolo di utilizzo dei locali per la RES; Per Aziende accreditate al S.S.N., Università pubbliche, Ordini, Enti pubblici: è sufficiente inserire una dichiarazione del Legale Rappresentante di disponibilità delle sedi;
- contratti/convenzioni con soggetti qualificati nella fornitura di strumentazioni e tecnologie FAD (se non possedute in proprio; se possedute in proprio si veda documento "Sistema informatico");
- contratti/convenzioni con soggetti che gestiscono strutture sanitarie per FSC (se non possedute in proprio; se possedute in proprio inserire dichiarazione);

## 4.5 Sistema informatico dedicato alla formazione

Descrizione del sistema informatizzato per la gestione/archiviazione dati, che definisca architetture, responsabilità e procedure e includa risorse tecnologiche e professionali idonee alla gestione dell'attività formativa. All'interno del sito [ecm.agenas.it](https://ecm.agenas.it), sezione Provider/moduli e documenti (<https://ecm.agenas.it/provider/moduli-e-documenti>), è disponibile una sezione specifica dedicata alla Formazione a distanza FAD. All'interno di questa sezione è disponibile il documento relativo al sistema informatico. Tale documento dovrà essere redatto con le specifiche richieste. È disponibile, inoltre, un questionario di autovalutazione mediante il quale il provider può valutare la conformità normativa della propria piattaforma. In caso di accreditamento per le sole attività residenziali (RES) e/o di Formazione sul Campo (FSC), il documento dovrà contenere una sola descrizione della sezione n. 2.

## 4.6 Piano di Qualità

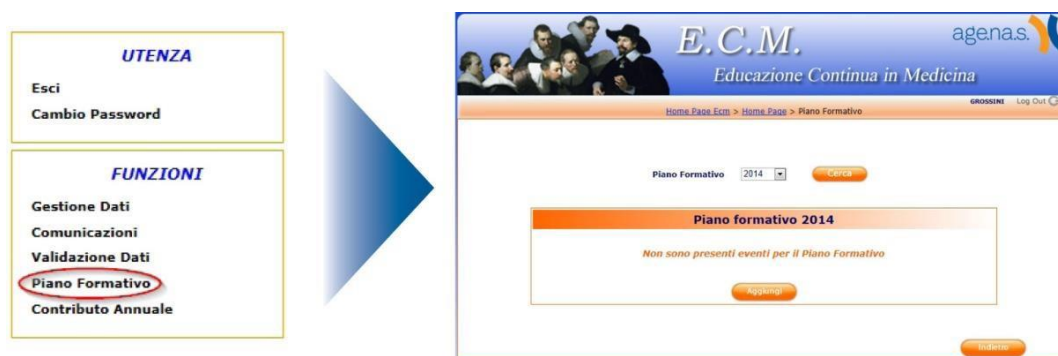
Il richiedente dovrà allegare un documento che evidenzi l'esistenza di tutti i processi richiesti dall'Allegato A in materia di requisiti minimi e standard di accreditamento pag. 9 e 10. Non è richiesta ulteriore certificazione di qualità. All'interno del sito [ecm.agenas.it](https://ecm.agenas.it), sezione provider/moduli e documenti, è disponibile, nella sezione "modelli" (<https://ecm.agenas.it/provider/moduli-e-documenti>), una guida utile a facilitare il provider nella redazione del suddetto piano

## 4.7 Dichiarazione del Legale Rappresentante

Dichiarazione del legale rappresentante, firmata digitalmente, contenente le dichiarazioni come da modello di riferimento consultabile sul portale cliccando sul tasto "Esempio". Il suddetto format, inoltre, è disponibile all'interno della sezione provider/moduli e documenti del sito [ecm.agenas.it](https://ecm.agenas.it). (<https://ecm.agenas.it/provider/moduli-e-documenti>). La dichiarazione in commento è sempre obbligatoria.

## 5. Piano formativo

In questa sezione è possibile inserire le informazioni relative al piano formativo. Affinché l'inserimento sia abilitato, è tuttavia necessario aver compilato la sezione relativa all'organizzazione. L'inserimento del piano formativo è obbligatorio ai fini della validazione della domanda di accreditamento.



Per inserire un evento nel piano formativo relativo: selezionare l'anno dalla casella a discesa e premere **Cerca**. Successivamente, premere **Aggiungi** nel riquadro sottostante. Si accederà a questo punto al form di inserimento dell'evento nel piano formativo.

**NOTA BENE:** Per i provider che presentano la domanda di accreditamento valgono i termini di presentazione indicati nella tabella sottostante.

I Provider già accreditati devono presentare il piano formativo per l'anno successivo obbligatoriamente entro e non oltre il 28 febbraio di ciascun anno.

Si raccomanda, comunque, di consultare gli avvisi e i comunicati sul sito ECM.

### Termini di presentazione (entro il)

31 gennaio  
30 aprile  
30 giugno  
31 ottobre

### Decorrenza Piano Formativo (dal - al)

1 aprile - 31 dicembre (stesso anno)  
1 luglio - 31 dicembre (stesso anno)  
1 settembre - 31 dicembre (stesso anno)  
1 gennaio - 31 dicembre (anno successivo)

## Piano formativo 2026 - Inserimento evento

Ragione Sociale:

Fino al 31/10/2025, è possibile aggiornare il Piano Formativo per il periodo 01/01/2026 - 31/12/2026

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

☐ Sì ☒ No

## 1 Tipologia dell'attività formativa

- ☐ Formazione a distanza (FAD)  
☐ Formazione sul campo (FSC)  
☐ Formazione residenziale (RES)  
☐ Formazione blended (BLND)

## 2 Titolo del programma formativo

3 Luogo di erogazione  
(non richiesto per la FAD)☐ Estero

## 3.1 Regione

Seleziona....

## 4 Periodo di svolgimento

## 4.1 Data inizio

1° Trimestre: 01/01/2026 - 31/03/2026

## 4.2 Data fine

1° Trimestre: 01/01/2026 - 31/03/2026

5 Durata stimata dell'attività formativa  
(in ore)

## 6 Numero stimato di partecipanti

## 7 Obiettivo formativo

## Obiettivi formativi tecnico-professionali

- ☐ Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (10)  
☐ Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere (18)  
☐ Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà (19)  
☐ Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (20)  
☐ Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione (21)  
☐ Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali (22)  
☐ Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate (23)  
☐ Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale (24)  
☐ Farmaco epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza (25)  
☐ Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate (26)  
☐ Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione (27)  
☐ Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto (28)  
☐ Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment (29)  
☐ Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (34)  
☐ Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (35)  
☐ Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza (36)  
☐ Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione (37)  
☐ Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti (38)

#### Obiettivi formativi di processo

- ☐ Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura (3)
- ☐ Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA) (4)
- ☐ La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato (7)
- ☐ Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale (8)
- ☐ Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera (9)
- ☐ Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (11)
- ☐ Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure (12)
- ☐ Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria (13)
- ☐ Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo (14)
- ☐ Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti (15)
- ☐ Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di processo (30)
- ☐ Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo (32)

#### Obiettivi formativi di sistema

- ☐ Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP) (1)
- ☐ Linee guida - protocolli - procedure (2)
- ☐ Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (5)
- ☐ Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale (6)
- ☐ Etica, bioetica e deontologia (16)
- ☐ Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema (17)
- ☐ Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema (31)
- ☐ Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema (33)

8 Crediti stimati

9 Evento sponsorizzato / Altre forme di finanziamento

☐ SI ☐ NO

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

☐ Generale (tutte le professioni)  
☐ Settoriale

Salva

Indietro

Con riferimento alla scelta delle professioni a cui si rivolge l'evento, se si seleziona l'opzione "settoriale" nella voce relativa alle professioni a cui è destinato l'evento formativo, apparirà una sottosezione nella quale è necessario specificare le singole professioni.

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo


☐ Generale (tutte le professioni)  
☒ Settoriale

ASSISTENTE SANITARIO

Aggiungi

Professione	Elimina
PSICOLOGO	X

Per aggiungere una professione all'elenco, selezionarla dalla tendina di selezione

e selezionare **Aggiungi**. È possibile eliminare una professione cliccando su  nella colonna **Elimina**.


Una volta inserite tutte le informazioni richieste, selezionare il tasto Salva per registrare i dati. Sarà possibile apportare modifiche al piano inserito fino a prima della richiesta di validazione (vedi capitolo successivo).

Con riferimento ai provider già accreditati, il piano formativo dovrà essere inserito entro il 28 febbraio di ciascun anno.

Campo	Tipo di dato	Descrizione
Progetto Formativo Aziendale	Si/no	Scegliere "si" se l'evento è di tipologia "Progetto Formativo Aziendale". Il campo è selezionabile solo per i soggetti abilitati ad erogare eventi di tipologia "Progetti Formativi Aziendali", altrimenti viene selezionato in automatico "no". <i>(Campo obbligatorio)</i>
Tipologia dell'offerta formativa	Opzione a scelta esclusiva	Indicare il tipo di formazione scelto per l'evento: Formazione a distanza (FAD) sul campo (FSC) o residenziale (RES). È possibile scegliere una sola tipologia ad evento. Notare che è possibile scegliere una determinata tipologia solo se essa è compresa in quelle per cui si sta chiedendo l'accreditamento, o per le quali si è abilitati nel caso di provider già accreditati (come specificato nella schermata di cui al <a href="#">paragrafo 3.2.5</a> ) <i>(Campo obbligatorio)</i>
Titolo del programma formativo	Testo (max 150 caratteri)	Titolo del programma formativo. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Luogo di erogazione : Estero	Check	Se l'evento si svolge all'estero, mettere il segno di spunta sulla casella, successivamente si dovrà selezionare la nazione.
Luogo di erogazione: Regione/Nazione	Testo a scelta obbligatoria	Luogo in cui il corso viene erogato. Se l'evento si svolge all'estero, selezionare la nazione, se l'evento si svolge in Italia, selezionare la regione. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Periodo di svolgimento	Testo a scelta obbligatoria	Vanno indicati i trimestri all'interno dei quali cadranno le date di inizio e di fine dell'evento. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Durata stimata dell'attività formativa	Numerico (max 4 cifre)	Stima della durata del programma formativo espressa in numero di ore. <i>(Campo obbligatorio)</i>

Numero stimato di partecipanti	Numerico (max 5 cifre)	Stima del numero di partecipanti previsto per il programma formativo. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Obiettivo formativo	Opzione a scelta esclusiva	Lista degli obiettivi formativi di rilievo nazionale, suddivisi nelle tre categorie "tecnico-professionali", "di processo", "di sistema". Selezionare <b>un solo obiettivo</b> tra tutti quelli presenti. Notare che il programma dettagliato che verrà presentato successivamente <b>dovrà risultare coerente</b> con questo campo. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Crediti stimati	Numerico (max 5 cifre, comprese virgola e parte decimale)	Numero di crediti stimato (in base a durata e numero partecipanti) assegnato dal provider al programma formativo secondo i <u>criteri</u> definiti dalla Commissione Nazionale. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Sponsor / Altre forme di finanziamento	Opzione a scelta esclusiva Si/No	Indicare se l'evento è sponsorizzato o gode di altre forme di finanziamento. <i>(Campo obbligatorio)</i>
Professioni	Opzione a scelta multipla	Professioni alle quali è possibile riferire il programma formativo. Se si sceglie "settoriale" apparirà una sottosezione tramite la quale sarà possibile specificare le singole professioni, il cui funzionamento è descritto poco avanti. Notare che è possibile scegliere una determinata professione solo se essa è compresa tra quelle per cui si sta chiedendo l'accreditamento (come specificato nella schermata di cui al <a href="#">paragrafo 3.1.5</a> ) <i>(Campo obbligatorio)</i>



Per aggiungere una professione all'elenco, selezionarla dalla tendina di selezione e selezionare **Aggiungi**. È possibile eliminare un ambito professionale cliccando sull'icona  nella colonna **Elimina**.

Una volta inserite tutte le informazioni richieste, selezionare **Salva** per registrare i dati. Sarà possibile apportare modifiche al piano inserito fino a prima della richiesta di validazione (vedi capitolo successivo). Per i provider già accreditati che presentano il piano per l'anno successivo, sarà possibile apportare modifiche fino al 28 febbraio.

## 6. Validazione

Inserite tutte le informazioni e i documenti richiesti, occorre effettuare la "validazione" che corrisponde alla presentazione dell'istanza. I termini del procedimento amministrativo decorrono dalla validazione della domanda. In altri termini, tramite la procedura di validazione si finalizza la richiesta di accreditamento provvisorio. In questo modo le informazioni inserite e la documentazione trasmessa saranno oggetto di istruttoria e successiva adozione, da parte della Commissione Nazionale per la formazione continua, del provvedimento di accreditamento/diniego. Nel corso del procedimento amministrativo, inoltre, potranno essere richieste dall'ente accreditante integrazioni documentali qualora l'istanza dovesse essere incompleta o errata in alcuni suoi aspetti.

---

**NOTA BENE:** in seguito alla richiesta di validazione **le informazioni inserite non sono più modificabili** dall'utente. Eventuali variazioni potranno essere apportate, su richiesta dell'utente stesso, e previo parere favorevole dell'Ente Accreditante. La richiesta di variazione può essere effettuata tramite la funzione **Comunicazioni** (vedi capitolo 7). Si consiglia, quindi, di verificare accuratamente le informazioni inserite prima di completare la procedura di validazione.

---

Per effettuare la procedura, cliccare sul link **Validazione dati** dal menu principale della schermata iniziale.



**E.C.M.**  
Commissione Nazionale Formazione Continua

Home page   Gestione Dati   Adempimenti Annuali   **Validazione**   Homepage

**Informazioni Provider**

Identificativo:   Ragione S   e: AAAA

**Info** - Benvenuti nella sezione del sito E.C.M.-Agenas dedicata ai Provider che partecipano al programma nazionale di Educazione Continua in Medicina. Nella barra in alto è possibile accedere ai menù: "Gestione Dati" - "Adempimenti Annuali" - "Servizi Web" ed "Eventi". All'interno di ogni menù sono presenti delle voci con la descrizione della funzionalità. Selezionando il menù con il "Nome Utente" è possibile accedere alle funzioni di "Cambio Password" e di "Log Out" dalla sezione profilata.

In questa pagina inoltre sono presenti i dettagli temporali dell'Iter di Accreditamento, ed un riepilogo delle attività svolte.

#### Iter Accreditamento

Il sistema fornirà, per una verifica finale, una schermata di riepilogo dei dati inseriti fino a questo momento.



**E.C.M.**   **agenas.**  
Educazione Continua in Medicina

Home Page Ecm > Home Page > Accreditamento Provvisorio > Validazione Richiesta   NOMEPROVIDER   Log Out

**Dati dell'Organizzatore**

**Organizzatore**

1.	Tipo Organizzatore:	Azienda Ospedaliera
2.	Denominazione:	Azienda Ospedaliera
3.	Partita IVA/Codice Fiscale:	0000000000
4.	Ragione Sociale:	Azienda Ospedaliera

---

77.	Struttura organizzativa specifica con funzionigramma e organigramma (Obbligatorio)	<a href="#">curriculum.pdf</a>
78.	Sistema informatico dedicato alla formazione in ambito sanitario (Obbligatorio)	<a href="#">atto_nomina.pdf</a>
79.	Piano di Qualità (Obbligatorio)	<a href="#">curriculum.pdf</a>
80.	Dichiarazioni del Legale Rappresentante attestante la veridicità della documentazione connessa alla registrazione in qualità di provider (Obbligatorio)	<a href="#">curriculum.pdf</a>

[Indietro](#)   [Valida](#)

Il sistema rileverà l'eventuale mancanza di informazioni obbligatorie che saranno contrassegnate con asterisco rosso.

**Coordinatori Comitato Scientifico**

49. Cognome: \*

50. Nome: \*

51. Codice Fiscale: \*

52. Telefono: \*

53. Cellulare: \*

54. E-mail: \*

55. Atto di Nomina: \*

56. Curriculum Vitae: \*

**Componenti Comitato Scientifico**

\* Il numero minimo di componenti del Comitato Scientifico deve essere 5

Per eventuali modifiche, basterà selezionare il tasto **Indietro** e accedere alla schermata di Gestione dati. Se i dati sono corretti, selezionare il tasto **Valida**.

A questo punto verrà sottoposta all'utente la "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà". Dopo aver letto accuratamente i vari passaggi, selezionare Sì in calce a ognuno di essi e selezionare Valida.

Se la procedura è stata svolta correttamente verrà visualizzata la schermata seguente.

**Validazione Richiesta Accreditamento**

28/02/2013 17:11:40

Validazione eseguita correttamente.

Spett.le **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**,

la richiesta di accreditamento provvisorio in veste di PROVIDER è stata inoltrata per la verifica e la valutazione alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

L'esito della valutazione sarà comunicato tramite messaggio di posta elettronica.

Si informa, ai sensi dell'art. 10 della legge 31/12/1996, n. 675 e secondo quanto previsto dall'art. 48, comma 2 del D.P.R. n. 445/2000 che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati soltanto in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

**Indietro**

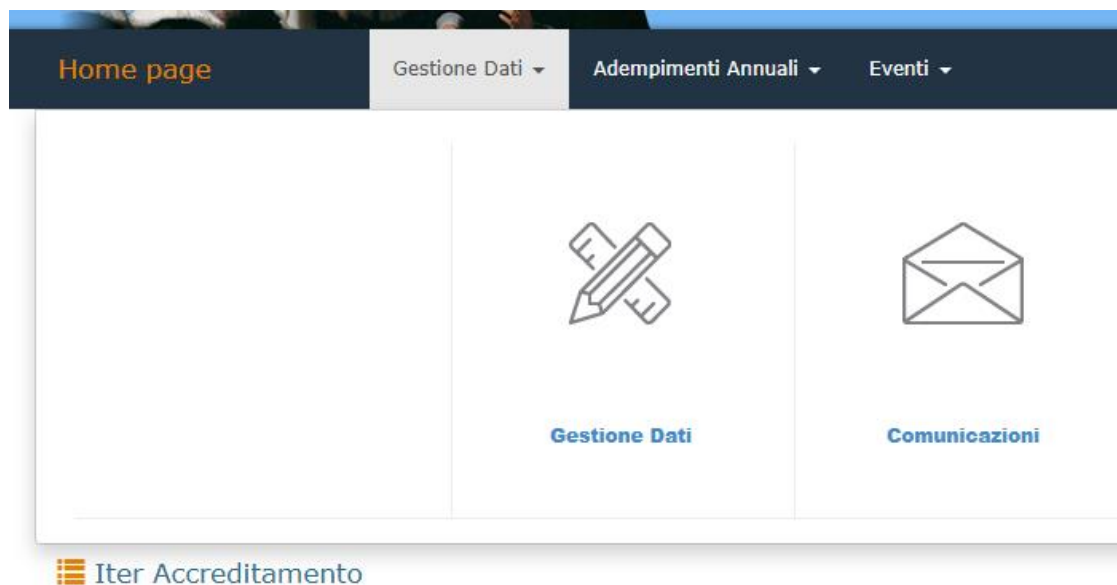
All'interno della funzione **Comunicazioni** verranno comunicate eventuali integrazioni documentali e, in ogni caso, il provvedimento conclusivo del procedimento di accreditamento.


## 7. Comunicazioni

Effettuata la validazione della domanda i dati inseriti non possono più essere modificati autonomamente dall'utente. In caso di necessità, tuttavia, è possibile inoltrare richiesta mediante la funzione **Comunicazioni**.

**NOTA BENE:** la funzione Comunicazioni non va utilizzata per proporre quesiti di natura normativa o tecnica. Per tali tipologie di richieste è disponibile l'indirizzo email dedicato [helpdesk@agenas.it](mailto:helpdesk@agenas.it)

Per inoltrare una comunicazione, selezionare **Comunicazioni** dal menu nella pagina iniziale dell'area riservata.






Per inserire una comunicazione, selezionare il tasto . Scegliere una tipologia dalla tendina di selezione, specificare un oggetto e scrivere il testo della comunicazione nello spazio dedicato.


Una volta terminato l'inserimento, selezionare Invio. La comunicazione verrà visualizzata nel modo seguente.



La sigla **AP** in alto a destra indica che la comunicazione è stata aperta dal provider. Nel caso in cui la comunicazione sia, invece, stata aperta dalla Segreteria, verrà visualizzata la sigla **AS**. Le comunicazioni chiuse, invece, saranno indicate con **CS**.

Cliccando sull'icona  è possibile leggere la comunicazione; cliccando sull'icona  è possibile scaricare l'eventuale documento allegato. Il tasto , infine, permette di inserire una risposta.

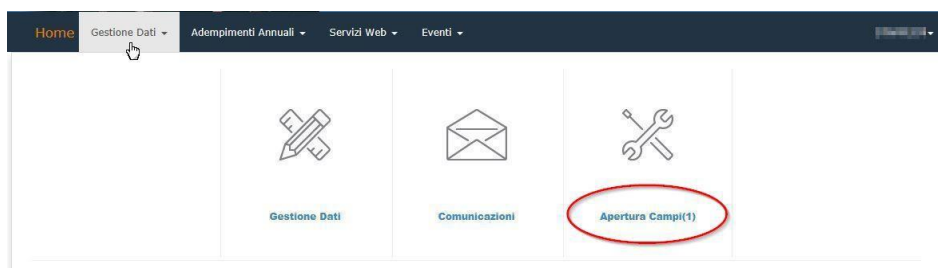
Notare che quest'ultimo tasto è attivo solo sulle comunicazioni che sono state

ricevute dal provider. Se la comunicazione è stata chiusa, inoltre, verrà visualizzata al suo posto l'icona .

## 8. Apertura campi

Successivamente alla validazione, i dati inseriti non possono più essere modificati autonomamente dall'utente. Nel caso in cui sopravvenga la necessità di modificare un dato, o nel caso in cui la Segreteria ECM stessa richieda al provider un'integrazione o una modifica, sarà necessario innanzitutto inoltrare alla segreteria una richiesta di **apertura campi** mediante la funzione **Comunicazioni**, descritta al **capitolo 5**.

In seguito all'approvazione della richiesta, di cui verrà data evidenza mediante comunicazione, il provider potrà procedere alla modifica mediante la funzione **Apertura campi**. La voce relativa all'interno del menu principale riporterà tra parentesi il numero di campi aperti per la modifica.



Cliccando, dunque, sulla voce "apertura campi" si accederà alla schermata con l'elenco dei campi modificabili.

Home Page Ecm > Home Page > Apertura Campi

Log Out

### Apertura Campi

Di seguito vengono mostrate le informazioni richieste dalla Segreteria della CNFC ai fini dell'integrazione.  
Le informazioni possono essere integrate nella sezione **Gestione Dati**. Saranno resi modificabili solo i campi per cui è stata richiesta l'integrazione.  
Al termine delle modifiche bisognerà rientrare in questa sezione, mettere un check in corrispondenza delle informazioni effettivamente modificate e sottomettere a sistema l'esito dell'integrazione tramite l'apposito pulsante **Invia Integrazione**.  
Qualora fosse necessario, indicare i propri commenti in un documento, in formato pdf e firmato digitalmente dal Legale Rappresentante, ed allegarlo a sistema.  
L'invio dell'avvenuta integrazione dovrà essere effettuata entro il termine indicato di seguito.

**Inizio:** 17/09/2015 **Termine:** 24/12/2015


**Nota Segreteria:**

N°	Tipo Documentazione
19	Sistema Informatico

**Note ed Osservazioni:**  Nessun file selezionato.

Potranno essere modificati solo i campi presenti in questo elenco.

La modifica potrà avvenire direttamente dalla sezione **Gestione dati**.

Cliccando sul tasto  si viene reindirizzati direttamente alla schermata della "gestione dati" contenente il dato da modificare. Le modifiche potranno essere apportare a partire dalla data **Inizio** e entro la data **Termine**.

---

**NOTA BENE:** se le modifiche non verranno effettuate entro la "Data termine" il sistema procederà ad una chiusura in automatico dei campi precedentemente aperti per l'integrazione.

---

Una volta effettuate le operazioni, per darne evidenza e consentire l'immediata istruttoria, bisognerà accedere nuovamente nella sezione "apertura campi", spuntare le caselle in corrispondenza delle voci per le quali è stata aperta l'integrazione, e inviare a sistema l'esito dell'integrazione tramite l'apposito tasto **Invia integrazione**.

Qualora fosse necessario, è possibile allegare un documento di Note e osservazioni, in formato pdf, inserendolo nel campo **Note ed osservazioni**.

## 9. Contributo annuale

In seguito all'accreditamento, il provider è tenuto a pagare un contributo annuale alle spese entro il termine di **90 giorni**.

Per le annualità successive il versamento dovrà essere corrisposto a partire dal **1° gennaio** ed entro il **31 marzo**.

Il contributo annuale, previsto dal DM del 26 marzo 2013 è quantificato in **euro 2.582,28**

---

**NOTA BENE:** Se l'accreditamento è stato ricevuto **successivamente al primo novembre**, il provider è dispensato dal pagamento del contributo per l'anno in corso. Si veda il D.M. "Contributo alle spese" del 26/03/2013.

Il provider dovrà comunque versare il contributo per il successivo anno tra il 1 gennaio e il 31 marzo.

---

Il pagamento si articola diversamente a seconda della natura giuridica del provider.

- **Provider privati**
- Il pagamento dovrà avvenire all'interno del portale ECM mediante sistema pagoPA.
- Il sistema pagoPA implementato è quello contestuale e non è dunque possibile procedere al pagamento su portali esterni.

Una volta aperta la schermata relativa alla funzione, selezionare l'anno per cui si desidera registrare il pagamento e selezionare **Cerca**.



I provider privati potranno versare il contributo esclusivamente mediante sistema pagoPA e dunque visualizzeranno la seguente schermata:

### Contributo Accreditamento Provider 2025

Modalità di pagamento:

☒ pagoPA ☐

**pagoPA**

 **Paga online**

Indietro

Con riferimento ai provider pubblici, diversamente, oltre al sistema pagoPA saranno visualizzabili modalità differenti (mandato di pagamento – bonifico bancario) considerata la possibilità di versare il contributo mediante girofondo.





**AGENAS**

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali