

**PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO PER I SOGGETTI FORMATIVI CHE PROMUOVONO
CORSI NELL'AMBITO DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI**

*(ex Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di
Bolzano*

Rep. Atti 54/CSR del 7 febbraio 2013 e indicazioni specifiche regionali)

Indice

Pagina

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO	
REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO	
ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO	
REQUISITI IN FASE DI ACCREDITAMENTO/RINNOVO ANNUALE	
REQUISITI IN FASE DI EROGAZIONE	
REQUISITI IN FASE DI VALUTAZIONE	
PERCORSO DI ACCREDITAMENTO	
ISTRUTTORIA E TERMINI TEMPORALI DELLA PROCEDURA	
PROCEDURA PER LA CONSERVAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO	
Appendice documentale: DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER I SOGGETTI FORMATIVI CHE PROMUOVONO CORSI DI MEDICINE NON CONVENZIONALI ALTRIMENTI DETTE COMPLEMENTARI (MC)	
Dati del richiedente	
Ambito di richiesta dell'accreditamento	
Indirizzo della sede legale	
Recapiti della sede legale	
Dati Camera Commercio/Tribunale	
Provider ECM	
Tipologia Organismo	
Sistema di gestione della qualità	
Rappresentante legale	
Bilancio	
Note informative generali	
Attività di formazione finanziata	
Attività di formazione a pagamento dell'utenza	
Altre attività di natura non formativa	
Totale annuale relativo agli ultimi tre anni	
Dati della sede operativa principale	
Indirizzo della sede operativa principale	
Recapiti della sede operativa principale	
Caratteristiche della sede operativa principale	
Personale con funzione amministrativa	
Dati altra sede operativa periferica n° ____ di ____	
Indirizzo della sede operativa periferica	
Recapiti della sede operativa periferica	
Caratteristiche della sede operativa periferica	
Personale con funzione amministrativa	
Corpo docente complessivo	
Corpo docente operativo presso la sede operativa principale del soggetto formativo	
Corpo docente operativo presso la sede operativa periferica ____ del soggetto formativo	
Referente regionale per il soggetto formativo	
Responsabile didattico del soggetto formativo	
Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)	

Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Validazione curriculum allegato

Responsabili didattici delle sedi periferiche autonome dichiarate dal soggetto formativo

Responsabile didattico presso la sede presso la sede periferica _____ del soggetto formativo
Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Validazione curriculum allegato

Docente titolare/ordinario.....

Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Validazione curriculum allegato

Docente collaboratore

Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Validazione curriculum allegato

Tutor.....

Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)
Validazione curriculum allegato

Aspetti generali del programma del corso formativo

Agopuntura rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
Fitoterapia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
Omeopatia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri
Antroposofia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri.....
Omotossicologia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri.....

Organigramma riassuntivo.....

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti (Rep. Atti 54/CSR del 7 febbraio 2013);
- Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" che all'art.18 comma 3 b) recita: "alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127";
- Decreto D.G. Welfare N. 11352 del 01/08/2018 "Conferimento a PoliS-Lombardia, Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario Lombardo (AFSSL), dell'incarico per la gestione dell'accREDITAMENTO dei soggetti che erogano corsi nell'ambito delle medicine complementari. Approvazione delle linee guida";
- Decreto D.G. Welfare N. 11359 del 01/08/2018 "AccREDITAMENTO regionale dei soggetti formativi che promuovono corsi nell'ambito delle medicine non convenzionali altrimenti dette complementari (MC). Approvazione procedura e modulistica per la presentazione delle domande".

PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO

Il presente documento illustra la procedura che obbligatoriamente le scuole che erogano formazione nelle medicine complementari devono rispettare per poter ottenere e mantenere l'accREDITAMENTO di Regione Lombardia e per la corretta gestione dei corsi di studio. I criteri sono stati sviluppati, a partire da quanto previsto dall'"Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti (Rep. Atti 54/CSR del 7 febbraio 2013" da PoliS-Lombardia - AFSSL in collaborazione con D.G. Welfare e in condivisione con i soggetti formativi oggi accREDITATI nell'ambito delle diverse discipline delle medicine complementari aggiornando e completando il precedente documento approvato con Decreto D.G. Welfare n. 11352 del 01/08/2018 "Conferimento a PoliS-Lombardia, Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario Lombardo (AFSSL), dell'incarico per la gestione dell'accREDITAMENTO dei soggetti che erogano corsi nell'ambito delle medicine complementari. Approvazione delle linee guida", in particolare per quanto riguarda:

- **I requisiti minimi del percorso formativo** in agopuntura, fitoterapia, omeopatia:
 - almeno **400 ore di formazione teorica** più **100 ore di pratica clinica**;
 - delle 100 ore di pratica clinica almeno il **50% di tirocinio pratico supervisionato** da un medico esperto della disciplina oggetto di formazione¹;
 - A tale monte orario vanno **sommati lo studio individuale e la formazione guidata**²;
 - **Insegnamenti di tipo generale**, non riferiti specificamente alla disciplina in oggetto, che non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica³;
 - **Frequenza minima al 90%** delle lezioni sia teoriche che pratiche;
 - La **formazione a distanza (FAD)** eventualmente inserita nella programmazione didattica **non dovrà superare il 30% delle ore di formazione teorica** e dovrà essere realizzata in conformità alla normativa vigente;

¹ il medico esperto deve essere individuato nell'ambito degli iscritti nell'elenco della disciplina oggetto della formazione.

² la durata dello studio individuale e della formazione guidata, non potrà essere inferiore a complessive 100 ore.

³ con la dizione "insegnamenti di tipo generale" (Accordo 7 febbraio 2013 - Rep. Atti n. 54/CSR: art. 4, comma 2, lettera f) si intendono tutti quegli insegnamenti di tipo metodologico, normativo, etico e deontologico, non specificamente inerenti il programma previsto per la disciplina in oggetto.

- Frequenza a **master universitari**, ovvero corsi di formazione triennali⁴;
- Il superamento di un **esame teorico-pratico al termine di ciascuno degli anni di corso** previsti, nonché la **discussione finale di una tesi**;
- Il rilascio, al termine del percorso formativo, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione di un **attestato in conformità ai requisiti richiesti**, che consentirà al professionista, **l'iscrizione agli elenchi degli esperti** delle singole discipline⁵.
- Gli **obiettivi formativi** dei corsi di formazione sono costituiti da obiettivi generali comuni e obiettivi specifici, desumibili da un programma didattico scritto.
- Gli **obiettivi generali** sono riassumibili nei seguenti punti, validi per tutte le discipline oggetto dell'Accordo:
 - Conoscenza dei principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono;
 - Aspetti della relazione medico-paziente e con i sistemi sanitari;
 - Relazione tra la singola disciplina e il metodo clinico della medicina ufficiale, analizzando le indicazioni, i limiti di ogni trattamento, i suoi effetti collaterali e le interazioni con la medicina ufficiale;
 - Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo;
 - Apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna disciplina che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari;
 - Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti;
 - Conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia;
 - Individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio per le singole discipline.
- Le **metodologie formative** utilizzate nella didattica relativa alle discipline considerate, sono quelle abitualmente adottate per trasferire competenze e sapere in sanità (sapere, saper fare, saper essere e saper far fare):
 - Tali metodologie devono mirare a favorire la maggiore **partecipazione e interattività** possibile tra allievi e docenti, e che in tal senso la formazione dovrà essere articolata in: lezioni frontali, seminari, attività di gruppo, audit, peer-review, formazione sul campo, tirocinio pratico, tutoraggio e studio individuale;
 - Nell'ambito della formazione teorica potrà essere prevista la **formazione a distanza** nei limiti precedentemente definiti;
- Possono essere **accreditati** le associazioni, le società scientifiche e gli enti pubblici e privati di formazione che si avvalgono di professionisti qualificati con competenze curriculari specifiche nelle discipline in oggetto e che sono legalmente costituiti.
- L'accreditamento è rilasciato dalla Regione in cui l'ente ha la sede legale e ha un valore nazionale.
- I criteri ai quali devono attenersi i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione, sufficienti per il rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia, comprendono:
- **Per il responsabile didattico** del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione:

⁴ *la durata triennale prevista per i corsi promossi dai soggetti pubblici e privati accreditati (Accordo 7 febbraio 2013 - Rep. Atti n. 54/CSR: comma 2, lettera b) è da intendersi come durata entro cui devono essere svolte le ore di formazione previste dall'Accordo all'art. 4, comma 2, lettera a).*

In combinato disposto con la lettera a) dello stesso art. 4, comma 2, si consente a soggetti pubblici e privati il superamento del limite dei 3 anni qualora superino il limite minimo delle 400 ore di formazione teorica e delle 100 ore di formazione pratica.

Per quanto concerne la formazione erogata dalle Università potranno essere accreditati "master" di durata biennale che soddisfino il percorso formativo previsto dall'Accordo nel sopracitato articolo 4 comma 2, lettera a).

⁵ *ai partecipanti ai corsi di formazione accreditati ai sensi del presente Accordo, si applicano le disposizioni in materia di esenzione dei crediti ECM per il periodo di frequenza (cfr. Manuale nazionale del professionista sanitario).*

- la qualifica di professionista di cui al titolo, regolarmente iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- almeno 10 anni di esperienza clinica documentata;
- 7 anni di docenza specifica nelle discipline oggetto dell'Accordo;
- **Per i docenti titolari della formazione:**
 - un numero minimo di 5 professionisti di cui al titolo, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo per quanto riguarda l'insegnamento di tipo generale con copertura di almeno il 70% della formazione teorica;
 - la frequenza di una scuola almeno triennale o la possibilità di documentare titoli di formazione equivalente;
 - aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella disciplina specifica;
- Per i docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione, il possesso di un adeguato curriculum formativo e professionale nella materia di insegnamento;
- **Per i docenti/tutor** che accompagnano gli allievi nel tirocinio pratico:
 - l'iscrizione all'elenco dei medici esperti nella disciplina in oggetto;
 - almeno 3 anni di esperienza clinica;
- **Per i docenti collaboratori**, non sono richiesti requisiti particolari;
- **La garanzia** per l'allievo **dell'attività di tutoraggio nella formazione sul campo in strutture pubbliche o private** da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione;
- **La garanzia**, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione, **della presenza alla verifica finale di un componente esterno**, esperto nella specifica disciplina oggetto della formazione, designato dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri corrispondente alla sede legale del soggetto della formazione, di concerto con l'ente di formazione.

Per quanto concerne le indicazioni sul **conflitto d'interesse** viene precisato quanto segue:

- Nella definizione dei rapporti tra soggetti privati interessati a promuovere la formazione con agopuntura, fitoterapia e omeopatia e/o a "sponsorizzare" specifici eventi formativi, allo scopo di evitare un eventuale conflitto d'interesse, si fa riferimento alla normazione in materia prevista dalla legislazione ECM;
- Ai fini dell'accREDITAMENTO alla formazione i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione devono adeguare i criteri e gli statuti associativi a quanto stabilito dall'Accordo;

I soggetti che, dopo aver attivato la procedura di accREDITAMENTO o di suo aggiornamento e inviata la documentazione e le dichiarazioni necessarie, una volta completato il percorso di verifica e valutazione, saranno accREDITATI per un periodo di 4 anni nel corso dei quali sarà richiesto annualmente l'invio da parte del legale rappresentante della scuola/istituto di formazione di:

- una dichiarazione di invarianza o di modifica dei requisiti necessari all'accREDITAMENTO, verificati poi attraverso un eventuale supplemento istruttorio o l'apertura di un audit qualitativo da parte di AFSSL;
- una dichiarazione di insussistenza di conflitto d'interesse per l'istituto di formazione a cura del legale rappresentante, che certifichi:
 - che la Scuola o Istituto di formazione non produce, distribuisce, commercializza, pubblicizza prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici; che gli eventuali partner (ovvero i soggetti giuridici non accREDITATI che collaborano per la realizzazione del percorso formativo) non producono, distribuiscono, commercializzano, pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;
 - Che il legale rappresentante dell'Istituto formativo, i suoi delegati, i componenti degli organi direttivi e i responsabili dell'Istituto di formazione (responsabile della formazione e docenti) nonché i loro parenti e affini fino al 2° grado non hanno interessi o cariche in aziende che producono, distribuiscono, commercializzano, pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;

- o che le attività formative nell'ambito delle medicine complementari sono svolte in maniera autonoma, assumendosi la responsabilità dei contenuti, della qualità e dell'eticità delle attività.

REQUISITI RICHIESTI PER L'ACCREDITAMENTO

- Soggetto giuridico** - Si intende il soggetto giuridico che richiede l'accREDITAMENTO per l'attività formativa specifica della disciplina trattata dal soggetto formativo (Istituto di formazione, Agenzia Formativa, Azienda Sanitaria, Università degli Studi, Altro soggetto) per ogni singola disciplina);
 - **Settore di attività** - Tipologia di professionista destinatario del corso (Medici Chirurghi e/o Odontoiatri);
 - Ambito di richiesta dell'accREDITAMENTO** - È prevista la presentazione di una domanda separata per ogni disciplina per cui si richiede l'accREDITAMENTO, per i soggetti formativi con più ambiti disciplinari;
 - Indirizzo della sede legale** - La sede legale deve essere in un comune della Regione Lombardia;
 - Recapiti della sede legale** - È obbligatorio indicare un indirizzo PEC;
 - Dati Camera Commercio/Tribunale** - Inserire i dati richiesti solo se presenti - Non vincolante per l'accREDITAMENTO;
 - Provider ECM** - Inserire i dati richiesti solo se presenti - Non vincolante per l'accREDITAMENTO;
 - Tipologia del soggetto formativo** - Denominazione (nome) del soggetto formativo, se non indicato in precedenza;
 - Sistema di gestione della qualità** - Inserire i dati richiesti solo se presenti; Il questionario di gradimento è vincolante per l'accREDITAMENTO nel formato conforme alla normativa ECM vigente; Segnalare eventuali altri interventi/iniziative/percorsi in ambito qualità.
 - Rappresentante Legale** - Nominato formalmente con atto da indicare;
 - Bilancio** - (Non vincolante per le Università);
 - Note informative generali** - Le scuole di nuova istituzione devono presentare un bilancio preventivo in linea con quanto previsto ai punti 3.2, 3.3 e 3.4;
 - Attività di formazione finanziata** - Finanziamenti provenienti da enti nazionali e internazionali, associazioni, aziende, privati o altro;
 - Attività di formazione a pagamento dell'utenza** - Attività connessa con la formazione e derivante dalle quote di iscrizione allievi;
 - Altre attività di natura non formativa** - Attività non strettamente connessa con la formazione (vendita libri, merchandising, ecc.);
 - Totale annuale relativo agli ultimi tre anni** - Gli anni si intendono precedenti a quello di presentazione della domanda, con bilancio completo;
 - Sede operativa principale** - Si intende la sede ove vengono svolti i corsi con corpo docente, allievi, esami, personale amministrativo e certificazione autonomi; Può essere coincidente o meno con la sede legale;
 - Caratteristiche della sede operativa principale** - es: Segnalare tipologia e numero di aree dedicate alle attività elencate, la tipologia senza numero indica un locale non dedicato (Es. Area reception in ingresso senza locale dedicato viene riportata senza nessun N°);
 - Personale con funzione amministrativa** - Si intende personale amministrativo operante esclusivamente o prevalentemente presso la sede operativa principale;
- Note** - Nelle note devono essere indicate la tipologia e le caratteristiche della formazione a distanza e le specifiche dell'eventuale piattaforma disponibile;
- Sede operativa periferica** - Si intende la sede ove vengono svolti corsi, con corpo docente, allievi, esami e certificazione dipendenti dalla sede principale; Compilare la modulistica per ogni sede operativa periferica, autonoma o non, numerandole progressivamente;

- 5.1. **Sede operativa periferica autonoma** - Si intende la sede, non principale, ove vengono svolti corsi, con corpo docente, allievi, esami, personale amministrativo e certificazione autonomi;
- 5.2. **Caratteristiche della sede operativa periferica** - es: Segnalare tipologia e numero di aree dedicate alle attività elencate, la tipologia senza numero indica un locale non dedicato (Es. Area reception in ingresso senza locale dedicato viene riportata senza nessun N°);
- 5.3. **Personale con funzione amministrativa** - Si intende personale amministrativo operante esclusivamente o prevalentemente presso la sede operativa periferica; Le sedi operative periferiche non autonome non hanno personale amministrativo;
6. **Corpo docente complessivo** - Indicare il numero dei docenti titolari, collaboratori, tutor o altro; Per ogni sede periferica indicare il numero dei docenti titolari, collaboratori, tutor o altro; I docenti/tutor elencati possono far parte del corpo docente appartenente a sedi diverse;
7. **Referente regionale per il soggetto formativo** - Referente del soggetto formativo per i rapporti con Regione Lombardia con compiti di interfaccia con il soggetto accreditante (per il tramite di Polis-Lombardia - AFSSL) per gli aspetti inerenti l'attività del soggetto formativo, può coincidere con altre funzione esercitate presso il soggetto formatore;
8. **Responsabile didattico del soggetto formativo** - Per i docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione, è necessario il possesso di un adeguato curriculum formativo e professionale nella materia di insegnamento; Per il responsabile didattico del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione, i requisiti sono: la qualifica di professionista di cui al titolo, regolarmente iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, con almeno 10 anni di esperienza clinica documentata e 7 anni di docenza specifica nelle discipline oggetto dell'Accordo;
 - 8.1. **Formazione specifica nella MC in oggetto** - Indicare il titolo principale acquisito e allegare la documentazione completa di tutti i percorsi formativi effettuati;
 - 8.2. **Esperienza clinica nella MC in oggetto** - Almeno 10 anni documentati;
 - 8.3. **Docenza specifica nella MC in oggetto** - Almeno 7 anni documentati;
 - 8.4. **Validazione curriculum allegato** - La validazione è necessaria da parte di almeno uno dei due enti indicati, mediante certificazione da parte del Rappresentante Legale dei soggetti formativi ove si esercita la docenza o della Presidenza della Società Scientifica di settore.
9. **Elenco dei responsabili didattici delle sedi periferiche autonome dichiarate dal soggetto formativo** - Indicare eventuali responsabili se presenti nelle sedi periferiche autonome.
 - 9.1. **Formazione specifica nella MC in oggetto** - Indicare il titolo principale acquisito e allegare la documentazione completa di tutti i percorsi formativi effettuati;
 - 9.2. **Validazione curriculum allegato** - La validazione è necessaria da parte di almeno uno dei due enti indicati, mediante certificazione da parte del Rappresentante Legale dei soggetti formativi ove si esercita la docenza o della Presidenza della Società Scientifica di settore.
10. **Docente titolare/ordinario** - Compilare un modulo per ogni docente di cui al p.to 6 - Totale docenti/tutor; Per i docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione, è necessario il possesso di un adeguato curriculum formativo e professionale nella materia di insegnamento; Per ogni docente titolare è necessaria la frequenza di una scuola almeno triennale o la possibilità di documentare titoli di formazione equivalenti, e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella disciplina specifica;
11. **Docente collaboratore** - Compilare un modulo per ogni docente di cui al p.to 6 - Totale docenti/tutor; Per i docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra la definizione di "docenti collaboratori";
12. **Tutor** - Compilare un modulo per ogni docente di cui al p.to 6 - Totale docenti/tutor; Per i docenti che accompagnano gli allievi nel tirocinio pratico (tutor), l'iscrizione all'elenco dei medici esperti nella disciplina in oggetto e almeno 3 anni di esperienza clinica;

13. **Documentazione** - La documentazione da allegare consiste, ove previsto dalla vigente normativa, in documenti autocertificati dal legale rappresentante e/o, ove non previsto, da copie della documentazione richiesta, sottoscritta dal legale rappresentante.
14. **Aspetti generali del programma del corso formativo** - Per la compilazione fare riferimento ai requisiti obbligatori previsti dell'Accordo Stato Regione;
- 14.1. **Esame finale e certificazione** - L'attestato deve contenere:
- Il nominativo del soggetto formativo;
 - Numero progressivo e regione di accreditamento;
 - Branca specifica, con denominazione secondo normativa vigente;
 - Data e luogo di rilascio e firma del legale rappresentante e responsabile didattico;

Per i primi tre anni successivi alla data di accreditamento, l'attestazione rilasciata è valida se l'allievo ha sostenuto l'esame finale in data successiva alla data di accreditamento del soggetto formativo e se l'attestazione è accompagnata dalla dichiarazione del soggetto formativo che certifica l'aderenza dell'intero percorso formativo dell'allievo alla normativa prevista per l'accreditamento.

15. **Aspetti specifici del programma del corso formativo** - Per la compilazione fare riferimento ai requisiti obbligatori previsti dell'Accordo Stato Regione;
16. **Organigramma riassuntivo** - Allegare lo schema dell'organigramma del soggetto formativo, comprensivo delle sedi periferiche, del corpo docente completo e del personale amministrativo;

ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

- **Statuto;**
- **Atto costitutivo;**
- **Dichiarazione assenza conflitto d'interesse dell'Istituto di formazione/Scuola a cura del Legale Rappresentante;**
- **Dichiarazione interessi commerciali da parte del Responsabile didattico e dei docenti della Scuola;**
- **Regolamento interno del corso di formazione nella disciplina di riferimento;**
- **Programma del corso di formazione in MC;**
- **Elenco personale formativo (Resp.le didattico, docenti titolari, tutor) e relativi curricula;**
- **Copie convenzioni per lo svolgimento dei tirocini;**
- **Regolamento sulla disciplina delle sponsorizzazioni;**

REQUISITI IN FASE DI ACCREDITAMENTO/RINNOVO ANNUALE

Presentazione dichiarazione riguardante l'assenza di conflitto d'interesse dell'Istituto di formazione/Scuola a cura del Legale Rappresentante - La dichiarazione deve essere prodotta in fase di accreditamento deve certificare:

1. che la Scuola e Istituto di formazione non produce, distribuisce, commercializza, pubblicizza prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;
2. che gli eventuali partner (ovvero i soggetti giuridici non accreditati che collaborano per la realizzazione dell'evento) non producono, distribuiscono, commercializzano, pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;
3. che il LR, i suoi delegati, i componenti degli organi direttivi e i responsabili dell'Istituto di formazione (Responsabile della formazione e docenti) nonché i loro parenti e affini fino al 2° grado non hanno interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della sanità da almeno 2 anni;
4. che le attività formative nell'ambito delle medicine complementari sono svolte in maniera autonoma, assumendosi la responsabilità dei contenuti, della qualità e dell'eticità delle attività; In relazione alle dichiarazioni rese, CONFERMA la veridicità di ogni affermazione consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR n. 445/2000 (artt. 75 e 76);

- **Interessi commerciali da parte del Responsabile didattico e dei docenti della Scuola** - Dichiarazione del Responsabile didattico e dei docenti della scuola sulla trasparenza delle fonti di finanziamento e sui rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali relativi agli ultimi due anni;
- **Sponsorizzazioni:** Contratti bilaterali sottoscritti tra la scuola e lo sponsor da conservare agli atti; regolamento dedicato da produrre in fase di accreditamento;
- **Dichiarazione del legale rappresentante di persistenza /variazione dei requisiti dichiarati** - La dichiarazione deve essere prodotta annualmente in fase di rinnovo dell'accREDITAMENTO unitamente al pagamento della quota fissa per il mantenimento dovuta dal Soggetto formativo differenziata a seconda della dimensionalità e della capacità finanziaria dell'Istituto di formazione;
- **Dichiarazione del legale rappresentante in merito alla partecipazione** del responsabile didattico e dei docenti della scuola ad eventi di aggiornamento e formazione professionale continua specifici per il proprio ambito di insegnamento;

REQUISITI IN FASE DI EROGAZIONE

- **Tracciabilità frequenza allievi al 90% dell'intero percorso** - Frequenza dell'allievo tracciata sulle 400 ore di teoria e sulle 100 ore di pratica;
- **Conflitto di interesse personale formativo:** Autocertificazione assenza conflitto di interesse delle figure Responsabile didattico, docenti da conservare agli atti annualmente e da esibire a richiesta degli organismi di controllo;
- **Attestazione dei criteri di valutazione dell'apprendimento a cura del Responsabile didattico** - Attestazione a cura del Responsabile didattico da esplicitare nel programma formativo;

REQUISITI IN FASE DI VALUTAZIONE

- **Tracciabilità prove di valutazione apprendimento:** prevedere 2 prove, una per la parte teorica e una per la parte pratica; soglia di superamento delle due prove e di ciascuna prova 80% dei contenuti; Per la parte teorica: test a scelta quadrupla/multipla (n. domande proporzionate ai contenuti e al percorso dichiarate dal Responsabile didattico) in alternativa un sistema di valutazione misto;
- **gradimento /percezione qualità:** questionario di customer ECM per segnalazioni percezione interessi commerciali da parte degli allievi (l'account di riferimento è quello di PoliS-Lombardia - AFSSL);

PERCORSO DI ACCREDITAMENTO

Presentazione della domanda di accreditamento - Il Soggetto Formativo in MC interessato all'accREDITAMENTO dovrà presentare domanda a mezzo PEC a PoliS-Lombardia - AFSSL con allegati i documenti a supporto dei requisiti richiesti e la ricevuta di versamento della quota dovuta per l'avvio del procedimento istruttorio.

La domanda deve essere presentata in bollo unitamente alle dichiarazioni previste dalla normativa antimafia.

ISTRUTTORIA E TERMINI TEMPORALI DELLA PROCEDURA

L'istruttoria dei documenti prodotti dal soggetto formativo in MC nel rispetto dei requisiti richiesti verrà espletata da PoliS- Lombardia - AFSSL acquisendo l'eventuale parere del CTS.

Il procedimento amministrativo sotteso alla domanda di accREDITAMENTO si concluderà nel termine di 90 giorni dalla presentazione della domanda. È prevista la sospensione dei termini ai sensi dell'art. 2 comma 7 Legge 241/90 in presenza di richieste formali di chiarimenti e/o di documentazione integrativa. Non è prevista la modalità del silenzio/assenso.

Il completamento dell'istruttoria implica il versamento di una ulteriore quota a favore di PoliS-Lombardia - AFSSL da parte dell'Istituto di formazione. L'accREDITAMENTO verrà disposto con specifico provvedimento amministrativo della Direzione Generale Welfare.

Elenco Regionale dei soggetti pubblici e privati accreditati per la formazione nelle discipline oggetto dell'Accordo.

Il soggetto formativo accreditato verrà inserito nell'Elenco Regionale dei soggetti pubblici e privati accreditati per la formazione nelle discipline oggetto dell'Accordo, pubblicato sul sito web di Regione Lombardia.

Conflitto di interesse

È richiesta annualmente, come già evidenziato nel presente documento, sia in fase di accREDITAMENTO che dei successivi rinnovi, al Legale Rappresentante dell'Istituto di formazione, una autocertificazione nella quale viene attestata l'assenza di conflitto d'interesse della Scuola e di tutti i suoi organi direttivi, del personale formativo di ogni corso nel rispetto della legislazione ECM (Accordo Stato Regioni 2017 art. 76 e 77).

Procedura di verifica degli Istituti di formazione accreditati

PoliS-Lombardia - AFSSL effettuerà a campione visite di verifica concordate con l'Istituto di formazione interessato. Qualora in sede di visita si evidenzino non conformità o anomalie e irregolarità rispetto alla normativa che disciplina la materia, AFSS potrà invitare il soggetto di cui trattasi all'adozione di azioni correttive nel termine di 30 giorni lavorativi dalla visita medesima. Qualora le azioni non vengano messe in atto PoliS-Lombardia - AFSSL disporrà un audit finalizzato alla verifica della sanatoria delle irregolarità. La mancata sanatoria nei termini prescritti e il protrarsi di situazioni di non conformità comporterà la revoca dell'accREDITAMENTO con decreto di Regione Lombardia. Nel caso in cui le irregolarità vengano segnalate dai discenti attraverso il questionario di customer nell'apposita sezione, la visita sarà disposta d'ufficio da PoliS-Lombardia - AFSSL senza alcun preavviso.

PROCEDURA PER LA CONSERVAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO

Dopo il primo anno di accREDITAMENTO ogni Istituto di formazione è tenuto a presentare a PoliS-Lombardia - AFSSL a mezzo PEC apposita documentazione comprovante la sussistenza dei requisiti sottesi all'accREDITAMENTO ottenuto o l'eventuale variazione intervenuta. Il documento è il seguente:

Autocertificazione annuale persistenza/variazione requisiti dichiarati - il Legale Rappresentante di ogni Istituto di formazione dovrà trasmettere annualmente a mezzo PEC a PoliS-Lombardia - AFSSL un documento di autocertificazione della persistenza/variazione dei requisiti dichiarati inizialmente, corredato della ricevuta di versamento della quota dovuta per la conservazione dell'accREDITAMENTO. Se la variazione vanifica l'accREDITAMENTO ottenuto il Soggetto formativo dovrà presentare una nuova domanda di accREDITAMENTO. Se viceversa le modifiche intervenute non sono sostanziali l'attestazione del LR attraverso il documento di autocertificazione consentirà la conservazione dell'accREDITAMENTO;

Procedura per il rinnovo dell'accREDITAMENTO

Ogni 4 anni ogni Istituto di formazione è tenuto a ripresentare a PoliS-Lombardia - AFSSL a mezzo PEC tutta la documentazione già prodotta con la domanda di accREDITAMENTO originaria. La stessa sarà verificata da PoliS-Lombardia - AFSSL in sede di istruttoria e il procedimento si concluderà entro 90 giorni a decorrere dalla presentazione dell'istanza di accREDITAMENTO. In caso di esito positivo la D.G. Welfare adotterà un nuovo decreto di accREDITAMENTO.

Appendice documentale

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER I SOGGETTI FORMATIVI CHE PROMUOVONO CORSI NELL'AMBITO
 DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI (MC)

1. Dati del richiedente

Soggetto giuridico
Denominazione del soggetto formativo

Settore di attività	<input type="checkbox"/> Medici Chirurghi	<input type="checkbox"/> Odontoiatri
---------------------	---	--------------------------------------

1.1. Ambito di richiesta dell'accreditamento

<input type="checkbox"/> Formazione agopuntura *	in	<input type="checkbox"/> Formazione in fitoterapia *	<input type="checkbox"/> Formazione in omeopatia *
<input type="checkbox"/> Formazione omotossicologia *	in	<input type="checkbox"/> Formazione in antroposofia *	* rivolta a medici chirurghi e/o odontoiatri

1.2. Indirizzo della sede legale

Via/Piazza	N°
Città	Prov. CAP

1.3. Recapiti della sede legale

Telefono	Fax	Cellulare
e-mail		
PEC		

Anno costituzione	Partita IVA	Codice Fiscale
-------------------	-------------	----------------

1.4. Dati Camera Commercio/Tribunale

Iscrizione Camera Commercio/Tribunale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Data	Categoria	Numero iscrizione

1.5. Provider ECM

Iscrizione Provider ECM	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tipologia	Numero iscrizione	

1.6. Tipologia del soggetto formativo

<input type="checkbox"/> Istituto di Formazione	<input type="checkbox"/> Agenzia Formativa	<input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria
<input type="checkbox"/> Università degli studi	<input type="checkbox"/> Altr o	

1.7. Sistema di gestione della qualità

<input type="checkbox"/>	Questionari di gradimento (obbligatori per accreditamento) compilati dagli allievi sulla qualità dell'insegnamento ricevuto al termine delle lezioni.
<input type="checkbox"/>	Seminari d'aggiornamento professionale per gli insegnanti della scuola e per la definizione dei contenuti dell'insegnamento.
<input type="checkbox"/>	Riunioni periodiche del Collegio Docenti per la valutazione dei problemi didattici incontrati.
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2. Rappresentante legale

Nome Cognome														
Residenza: Via/Piazza N°														
Stato estero/Città					Prov.					CAP				
Telefono					Fax					Cellulare				
e-mail														
PEC														
Luogo nascita					Prov.					Data nascita				

Codice Fiscale	Data di nomina
Atto di nomina	

Note

.....

.....

.....

.....

3. Bilancio

3.1. Note informative generali

Il soggetto formativo è di nuova istituzione? SI NO

Se è di nuova istituzione:
 Inserire gli importi parziali ai punti 3.2, 3.3 e 3.4 in termine di ricavi preventivati del soggetto formativo:

Se NON è di nuova istituzione:

Il bilancio viene certificato da un ente esterno? SI NO

Il bilancio viene certificato dal revisore dei conti? SI NO

Se il bilancio non viene certificato compilare i punti 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5:

Inserire gli importi parziali in termine di ricavi degli **ultimi tre anni** del soggetto formativo derivanti da:

3.2. Attività di formazione finanziata

Anno	Finanziata da:	Importo ricavo €
Anno	Finanziata da:	Importo ricavo €
Anno	Finanziata da:	Importo ricavo €
Anno	Finanziata da:	Importo ricavo €
Anno	Finanziata da:	Importo ricavo €

3.3. Attività di formazione a pagamento dell'utenza

Anno	Numero allievi	Importo ricavo €

3.4. Altre attività di natura non formativa

Anno	Attività:	Importo ricavo €

3.5. Totale annuale relativo agli ultimi tre anni

Anno		Importo ricavo €

Note

.....

.....

.....

4. Dati della sede operativa principale

4.1 Indirizzo della sede operativa principale

Via/Piazza	N°
Interno	Piano
Stato Estero/Città	Prov. CAP

4.2 Recapiti della sede operativa principale

Telefono	Fax	Cellulare
e-mail		
PEC		

4.3 Caratteristiche della sede operativa principale

Modalità d'uso	Tipo	N°	Dotazioni
<input type="checkbox"/> Proprietà	<input type="checkbox"/> Reception	<input type="checkbox"/> Video proiettore
<input type="checkbox"/> Locazione	<input type="checkbox"/> Segreteria/Ufficio	<input type="checkbox"/> Lavagna luminosa
<input type="checkbox"/> Leasing	<input type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Lavagna fogli
<input type="checkbox"/> Convenzione	<input type="checkbox"/> Aula simulazione	<input type="checkbox"/> Computer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sala riunioni	<input type="checkbox"/> Programmi informatici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sala relax	<input type="checkbox"/> Impianto amplificazione
	<input type="checkbox"/> Bagni	<input type="checkbox"/> Piattaforma FAD *
	<input type="checkbox"/> Magazzino	........	.....
	<input type="checkbox"/> Locale tecnico	........	.....
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Applicazione norme sicurezza e prevenzione			
<input type="checkbox"/> Sistema informatico gestione-archiviazione dati			
<input type="checkbox"/> Sistema sicurezza gestione dati			

4.4 Personale con funzione amministrativa Operativo presso la sede operativa del soggetto formativo

Tipologia	Numero	Note
.....
.....

Note (*riportare tipologia e caratteristiche della FAD e dell'eventuale piattaforma disponibile)

.....

.....

.....

.....

5 Dati sede operativa periferica n° ____ di ____ Autonoma SI NO

Compilare una scheda per ogni sede periferica

5.1. Indirizzo della sede operativa periferica

Via/Piazza	N°
.....
Interno	Piano
.....
Stato Estero/Città	Prov. CAP
.....

5.2. Recapiti della sede operativa periferica

Telefono	Fax	Cellulare
.....
e-mail		
.....		
PEC		
.....		

5.3. Caratteristiche della sede operativa periferica

Modalità d'uso	Tipo	N°	Dotazioni
<input type="checkbox"/> Proprietà	<input type="checkbox"/> Reception	<input type="checkbox"/> Video proiettore
<input type="checkbox"/> Locazione	<input type="checkbox"/> Segreteria/Ufficio	<input type="checkbox"/> Lavagna luminosa
<input type="checkbox"/> Leasing	<input type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Lavagna fogli
<input type="checkbox"/> Convenzione	<input type="checkbox"/> Aula simulazione	<input type="checkbox"/> Computer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sala riunioni	<input type="checkbox"/> Programmi informatici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sala relax	<input type="checkbox"/> Impianto amplificazione

<input type="checkbox"/> Bagni	.....			
	...	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Magazzino		<input type="checkbox"/>		
	...		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Locale tecnico		<input type="checkbox"/>		
	...		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	...		<input type="checkbox"/>		

- Applicazione norme sicurezza e prevenzione
- Sistema informatico gestione-archiviazione dati
- Sistema sicurezza gestione dati

5.4. Personale con funzione amministrativa/operativo presso la sede periferica del soggetto formativo

Tipologia	Numero	Note
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Note

.....

.....

.....

6 Corpo docente complessivo - Specificare il numero di docenti titolari totali del soggetto formativo

Totale docenti/tutor	Numero	Note
Docenti titolari (almeno 5)
Docenti collaboratori
Tutor

6.1. Corpo docente operativo presso la sede principale del soggetto formativo

Numero Note

Docenti (almeno 5)	titolari	.....	.....	.....
	
Docenti collaboratori		.....	.....	.....
Tutor		.....	.....	.....

6.2. Corpo docente operativo presso la sede periferica n° _____ del soggetto formativo

		Numero	Note	
Docenti (almeno 5)	titolari	.....	.....	.....
	
Docenti collaboratori		.....	.....	.....
Tutor		.....	.....	.....

7 Referente regionale per il soggetto formativo

Nome	Cognome		
Residenza: Via/Piazza			N°
Stato estero/Città		Prov.	CAP
Telefono	Fax	Cellulare	
e-mail			
PEC			
Qualifica			

Note

.....

.....

8 Responsabile didattico del soggetto formativo

Nome	Cognome		
------	---------	--	--

REGIONE LOMBARDIA – DIREZIONE GENERALE WELFARE
**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER I SOGGETTI FORMATIVI CHE PROMUOVONO CORSI NELL'AMBITO DELLE MEDICINE
 COMPLEMENTARI**

Residenza: Via/Piazza	N°
Stato estero/Città	Prov. CAP
Luogo nascita	Prov. Data nascita
Telefono	Fax Cellulare
e-mail	
Codice Fiscale	
Laurea	Specializzazione
Anno di Laurea Università	
Iscrizione all'Ordine di	dal Numero
Tipo di contratto instaurato con il soggetto formativo	

8.1. Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Soggetto formativo
Titolo di formazione equivalente		

8.2. Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

8.3. Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

8.4. Validazione curriculum allegato

- del soggetto formativo
- della Società medico-scientifica del settore

9 Responsabili didattici delle sedi periferiche dichiarate dal soggetto formativo

9.1. Responsabile didattico presso la sede periferica _____ del soggetto formativo

Nome	Cognome
Residenza: Via/Piazza	
N°	
Stato estero/Città	Prov. CAP
Luogo nascita	Prov. Data nascita
Telefono	Fax Cellulare
e-mail	
Codice Fiscale	
Laurea	Specializzazione
Anno di Laurea Università	
Iscrizione all'Ordine di	dal Numero
Tipo di contratto instaurato con il soggetto formativo	

9.2. Formazione specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Soggetto formativo
Titolo di formazione equivalente		

9.3. Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

9.4. Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
-----	----	------

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

9.5. Validazione curriculum allegato

- del soggetto formativo
- della Società medico-scientifica del settore

Note

.....

.....

.....

10 Docente titolare/ordinario (Compilare un modulo per ogni docente di cui al p.to 6 - Totale docenti/tutor)

Nome	Cognome
Residenza: Via/Piazza	N°
Stato estero/Città	Prov. CAP
Luogo nascita	Prov. Data nascita
Telefono	Fax Cellulare
e-mail	
Codice Fiscale	
Laurea	Specializzazione
Anno di Laurea Università	
Iscrizione all'Ordine di	dal Numero
Tipo di contratto/accordo/convenzione esistente con il soggetto formativo *	

10.1.

Dal	Al	Soggetto formativo
Titolo di formazione equivalente		

10.2.

Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

10.3.

Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

10.4.

Validazione curriculum allegato

- Soggetto formativo
- Società medico-scientifica del settore

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11 Docente collaboratore Compilare un modulo per ogni docente di cui al p.to 6 (Totale docenti/tutor)

Nome	Cognome
Residenza: Via/Piazza	N°
Stato estero/Città	Prov. CAP
Luogo nascita	Prov. Data nascita
Telefono	Fax Cellulare
e-mail	

Codice Fiscale		
Laurea	Specializzazione	
Anno di Laurea	Università	
Iscrizione all'Ordine di	dal	Numero
Tipo di contratto/accordo/convenzione esistente con il soggetto formativo *		

11.1.

Dal	Al	Soggetto formativo
Titolo di formazione equivalente		

11.2.

Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

* Specificare nel tipo di contratto i docenti collaboratori stabilmente impegnati nell'insegnamento da accreditare

11.3.

Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

11.4.

Validazione curriculum allegato

- Soggetto formativo
- Società medico-scientifica del settore

Note

.....
.....
.....

.....

12 Tutor **Compilare un modulo per ogni docente di cui al p.to 6 (Totale docenti/tutor)**

Nome										Cognome														
Residenza: Via/Piazza															N°									
Stato estero/Città															Prov.					CAP				
Luogo nascita										Prov.					Data nascita									
Telefono										Fax					Cellulare									
e-mail																								
Codice Fiscale																								
Laurea										Specializzazione														
Anno di Laurea Università																								
Iscrizione all'Ordine di										dal					Numero									
Iscrizione all'elenco dei medici esperti nella MC dell'Ordine di															dal					Numero				
Tipo di contratto/accordo/convenzione esistente con il soggetto formativo *																								

12.1.

Dal					Al					Soggetto formativo														
Titolo di formazione equivalente																								

12.2.

Esperienza clinica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal					Al					Sede														
Dal					Al					Sede														
Dal					Al					Sede														

* Specificare nel tipo di contratto i tutor stabilmente impegnati nell'insegnamento da accreditare

12.3.

Docenza specifica nella MC in oggetto (allegare la documentazione)

Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede
Dal	Al	Sede

12.4.

Validazione curriculum allegato

- Soggetto formativo
- Società medico-scientifica del settore

Note

.....

13 Aspetti generali del programma del corso formativo

	Numero	Note (Corso Formazione 3 anni - Master Universitario 2 anni)
Durata del corso in anni
Monte complessivo ore

Presenza nel programma didattico delle seguenti modalità erogative:

1. Lezioni frontali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Percentuale sul monte ore	.....
		totale	.....
2. Seminari/attività gruppo/audit/peer review	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Percentuale sul monte ore	.....
		totale	.....
3. Formazione sul campo/tirocinio pratico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Percentuale sul monte ore	.....
		totale	.....
4. Studio individuale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Percentuale sul monte ore	.....
		totale	.....

5. Tutoraggio/Formazione guidata SI NO Percentuale sul monte ore
 totale

6. F.A.D. * SI NO Percentuale sul monte ore
 totale

* se prevista massimo 30% e realizzata su piattaforma secondo normativa vigente

Per ognuno dei 6 punti sopracitati, il Soggetto proponente deve sinteticamente illustrare nelle note quali modalità intende adottare con riferimento al programma consegnato ed al monte ore relativo.

Monte ore di pratica supervisionate

Presso ambulatori pubblici e/o privati SI NO Percentuale sul monte ore
 totale
 Percentuale sul monte ore
 Presso il soggetto formativo SI NO totale
 Percentuale sul monte ore
 Percentuale sul monte ore
 Formazione ambulatoriale sul paziente SI NO totale
 Percentuale sul monte ore
 Percentuale sul monte ore
 Discussione di casi clinici SI NO totale
 Percentuale attività formativa svolta nella sede operativa Percentuale sul monte ore
 principale totale

Presenza nel programma didattico dei seguenti argomenti:

Conoscenza della legislazione vigente e delle norme che regolano il diritto all'informazione e il consenso informato SI NO
 Conoscenza della medicina basata sull'evidenza e capacità di utilizzare i dati della ricerca clinica nelle MC SI NO

Sistema rilevazione presenze SI NO

Esistenza pubblicità offerta formativa SI NO

13.1 Esame finale e certificazione

Presenza di prova teorico-pratica annuale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Accesso alla prova teorico-pratica annuale previo obbligo di frequenza dell'80% dell'insegnamento teorico e pratico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Discussione di una tesi durante l'esame finale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Presenza all'esame finale di un Commissario designato da Regione Lombardia con funzione di Presidente SI NO

Presenza all'esame finale di un Commissario designato dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, competente per territorio SI NO

Presenza all'esame finale del Responsabile didattico del corso SI NO

Rilascio dell'attestato finale come da allegato SI NO

Note

.....

14 Aspetti specifici del programma del corso formativo

Allegare il programma dettagliato

14.1. AGOPUNTURA rivolta a medici chirurghi e odontoiatri

Conoscenza dei principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono; SI NO

Storia dell'agopuntura. Testi classici di particolare rilievo.

Teoria di base. La filosofia della medicina tradizionale cinese, includendo ma non limitandosi ai concetti di yin-yang e cinque movimenti. Funzioni di qi, sangue, mente, essenza e liquidi organici, loro relazioni reciproche. Manifestazioni fisiologiche e patologiche degli zang-fu (organi e visceri) e loro relazioni reciproche. Meridiani e collaterali, distribuzione e funzioni. Cause e meccanismi di malattia.

Studio dei punti di agopuntura. Localizzazione dei 361 punti classici dei 14 meridiani e dei 48 punti extra. Localizzazione e descrizione anatomica dei punti più comunemente impiegati (262). Codici alfanumerici e nomi, classificazioni dei punti, la direzione e la profondità di inserimento degli aghi, le azioni e le indicazioni dei punti più comunemente impiegati.

Principi di trattamento. Applicazione pratica della teoria e della diagnosi al trattamento di ogni caso individuale. Appropriatezza del trattamento agopunturistico per il paziente. Pianificazione del trattamento agopunturistico da somministrare. Selezione dei punti e dei metodi di manipolazione degli aghi. Limiti dell'agopuntura.

Tecniche di trattamento. Sicurezza riguardo alla sterilità e alla tecnica di puntura, la selezione degli aghi, inserimento corretto, la profondità, la durata, la manipolazione (varie metodologie di tonificazione, dispersione, tonificazione-dispersione), l'estrazione, le controindicazioni dell'agopuntura. L'elettro-agopuntura e la laser-agopuntura terapia: teoria e applicazioni. Moxibustione: metodi diretti e indiretti, uso appropriato e controindicazioni. Coppettazione: uso appropriato e controindicazioni. Effetti indesiderati dell'agopuntura: prevenzione e trattamento.

Aspetti della relazione medico - paziente e con i sistemi sanitari. SI NO

Consenso informato al trattamento terapeutico, al trattamento dei dati sensibili in accordo con la normativa vigente

Relazione tra l'agopuntura e il metodo clinico della medicina ufficiale, analizzando le indicazioni, i limiti di ogni trattamento, i suoi effetti collaterali e le interazioni con la medicina ufficiale; SI NO

Clinica comparata secondo la medicina tradizionale cinese e la biomedicina. La prevenzione nella medicina tradizionale cinese.

Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo; SI NO

Alleanza terapeutica della medicina convenzionale e agopuntura.

Apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna disciplina che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari; SI NO

Metodi di diagnosi, l'anamnesi, l'ispezione generale e la glossoscopia, la palpazione e la presa dei polsi, l'auscultazione e l'olfattazione. Differenziazione delle sindromi secondo gli

otto principi, la teoria delle manifestazioni viscerali (zang-fu), la teoria del qi e del sangue, la teoria dei meridiani e dei collaterali.

Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti; SI NO

Lo stato attuale della ricerca in agopuntura, EBM (evidence based medicine) e CBM (cognition based medicine).

Conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia; SI NO

Individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio per le singole discipline, SI NO
 Formazione sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico.

14. Aspetti specifici del programma del corso formativo Allegare il programma dettagliato

14.2. FITOTERAPIA rivolta a medici chirurghi e odontoiatri

Conoscenza dei principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono; SI NO

Breve storia della Fitoterapia.

Conoscenza dei principi fondamentali della fitoterapia con nozione delle materie di base: biologia vegetale, botanica farmaceutica, tecniche estrattive, controllo di qualità delle preparazioni.

I costituenti chimici delle piante medicinali, variabilità dei principi attivi. Fitochimica.

Farmacologia fitoterapica (farmacopea europea): tossicologia, fitovigilanza, farmacoeconomia.

Metodologia della ricerca: modelli di ricerca di base, sperimentale e clinica.

Analisi delle indicazioni e dei limiti del trattamento fitoterapico.

Fitoterapia tradizionale: etnomedicina, etnobotanica e antropologia della salute.

Aspetti della relazione medico - paziente e con i sistemi sanitari; SI NO

Consenso informato al trattamento terapeutico, al trattamento dei dati sensibili in accordo con la normativa vigente. Aspetti critici dell'automedicazione.

Relazione tra la singola disciplina e il metodo clinico della medicina ufficiale, analizzando le indicazioni, i limiti di ogni trattamento, i suoi effetti collaterali e le interazioni con la medicina ufficiale; SI NO

Conoscenza delle preparazioni fitoterapiche: le formulazioni e i metodi estrattivi (estratti secchi, fluidi, glicolici, polvere, tinture, tinture madri e macerati glicerici, oli, oli essenziali, succhi e sospensioni).

Fitogalenica e fitocomplessi.

Vie di somministrazione.

Principali tossicità dei preparati fitoterapici. Reazioni avverse, controindicazioni, interazioni tra preparati fitoterapici e tra preparati fitoterapici e farmaci di sintesi.

Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo; SI NO

Fitoterapia a scopo salutistico, preventivo e/o curativo.

Alleanza terapeutica della medicina convenzionale e fitoterapica.

Apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna disciplina che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari; SI NO

Fitoterapia clinica: fitoterapia nella clinica medica e studio per apparati e sistemi (urinario, respiratorio, gastroenterico, cardiovascolare, linfatico, dermatologico e dermo-cosmetico, riproduttivo e urogenitale, endocrino, neurologico-neurovegetativo, immunologico, metabolico e osteoarticolare).

Fitoterapia nella clinica pediatrica. Fitoterapia in geriatria. Fitoterapia in oncologia.

Controindicazioni fitoterapiche in gravidanza (embriotossicità) e allattamento.

Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti; SI NO

Lo stato attuale della ricerca in Fitoterapia, EBM (evidence based medicine) e CBM (cognition based medicine).

Aggiornamento, ricerca sperimentale e clinica.

Aspetti normativi.

Conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia; SI NO

Individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio per le singole discipline. SI NO

Formazione sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico.

14. Aspetti specifici del programma del corso formativo

Allegare il programma dettagliato

14.3. OMEOPATIA rivolta a medici chirurghi e odontoiatri

Conoscenza dei principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono; SI NO

Conoscenza della storia, dei principi e dei concetti dell'omeopatia come descritti da Hahnemann nei suoi testi "Organon della medicina" e "Malattie Croniche, la loro natura peculiare e la loro cura omeopatica".

Capacità di raccolta esaustiva del caso clinico, che comprende la storia medica, biografica, sociale e familiare. Raccolta dei segni e sintomi e capacità di selezionare i dati importanti per la selezione della medicina omeopatica.

Conoscenza esauriente della materia medica e della materia medica comparativa delle più importanti medicine omeopatiche.

La capacità di identificare in modo affidabile le medicine omeopatiche e a differenziarle tra loro.

Conoscenza di come usare un repertorio omeopatico e i limiti del suo uso.

La comprensione dei differenti approcci, metodi e strumenti per identificare le medicine omeopatiche appropriate. La conoscenza delle differenti potenze e forme farmaceutiche che possono essere impiegate e come scrivere una prescrizione omeopatica

Identificazione dei sintomi importanti per monitorare l'andamento della cura e analisi e valutazione dell'andamento della cura usando tali sintomi, tenendo in conto l'andamento spontaneo e la direzione di cura conosciuta nella pratica omeopatica. Conoscenza dei differenti approcci terapeutici omeopatici.

Aspetti della relazione medico - paziente e con i sistemi sanitari; SI NO

Consenso informato al trattamento terapeutico, al trattamento dei dati sensibili in accordo con la normativa vigente.

Relazione tra la singola disciplina e il metodo clinico della medicina ufficiale, analizzando le indicazioni, i limiti di ogni trattamento, i suoi effetti collaterali e le interazioni con la medicina ufficiale;

SI NO

Conoscenza di scopo e limiti dell'omeopatia, le indicazioni al suo uso e gli ostacoli alla sua efficacia clinica. Esser in grado di giudicare le indicazioni per l'omeopatia o per un altro trattamento e essere in grado di valutare il caso dal punto di vista della medicina convenzionale.

Essere in grado di applicare le proprie conoscenze in modo appropriata a un vasto ambito di bisogni di salute. Avere consapevolezza del ruolo dell'omeopatia nella cura integrata del paziente.

Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo;

SI NO

Comprensione e conoscenza dei fattori centrati sulla persona nella consultazione, che comprendono motivazioni e aspettative. Sviluppare più pienamente la conoscenza della soggettività dell'esperienza di malattia del paziente, e la dinamica della relazione medico paziente.

Apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna disciplina che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari;

SI NO

Capacità di raccolta esaustiva del caso clinico, che comprende la storia medica, biografica, sociale e familiare. Raccolta dei segni e sintomi e capacità di selezionare i dati importanti per la selezione della più corretta medicina omeopatica.

Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti;

SI NO

Lo stato attuale della ricerca in Omeopatia, EBM (evidence based medicine) e CBM (cognition based medicine).

Conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia;

SI NO

Individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio per le singole discipline.

SI NO

Formazione sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico.

14. Aspetti specifici del programma del corso formativo

Allegare il programma dettagliato

14.4. ANTROPOSOFIA rivolta a medici chirurghi e odontoiatri

Conoscenza dei principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono;

SI NO

Formazione di base, inclusi lo studio della letteratura, gli elementi di fisiopatologia, la ratio dei medicinali antroposofici e gli aspetti pratici della terapia.

Contenuti didattici di base e specifici in sintesi sono:

- Fondamenti epistemologici della medicina antroposofica (e in particolare studio del metodo Goetheanistico; testi di R. Steiner, I. Wegman e degli altri autori)
- Antropologia antroposofica (la tripartizione funzionale della natura dell'essere umano, le quattro parti costitutive dell'essere umano, i sette processi vitali e le dodici attività sensoriali),
- Lo sviluppo biografico dell'essere umano, il rapporto della natura e del cosmo in relazione alla fisiologia umana (p.es. le polarità, i quattro elementi, i quattro regni della natura)

- Salutogenesi e patogenesi, elementi di fisiopatologia antroposofica di base (rispetto alla teoria della medicina accademica); i quattro organi cardinali polmone, fegato, rene, cuore.
- Anamnesi, diagnosi e terapia (in ambito strettamente medico, nonché conoscenze degli elementi di base interprofessionali; configurazione di modelli di malattia; lavoro in team interprofessionale; rapporto medico e paziente).
- Educazione alla osservazione e allo studio della fenomenologia, sviluppo di skills diagnostico-terapeutici. Farmacologia e farmacia antroposofica, la prescrizione di medicinali antroposofici in medicina generale e familiare.
- Terapie antroposofiche non farmacologiche (la pittura, il modellaggio, la musica, il canto, l'arte della parola terapeutica; l'euritmia curativa), la pedagogia curativa e la socioterapia ad indirizzo antroposofico.
- Conoscenze di base nel campo delle applicazioni fisiche esterne ad indirizzo antroposofico (cure infermieristiche e fisioterapiche, le frizioni e il massaggio ritmico), l'ambito della meditazione, il training spirituale (etica medica di base e l'autoeducazione del medico).

Aspetti della relazione medico - paziente e con i sistemi sanitari; SI NO

Consenso informato al trattamento terapeutico, al trattamento dei dati sensibili in accordo con la normativa vigente. Principi di etica medica con particolare attenzione al lavoro interprofessionale. Rif. al Codice di deontologia medica – in particolare l'Art. 15 per i metodi non convenzionali di cura.

Relazione tra la singola disciplina e il metodo clinico della medicina ufficiale, analizzando le indicazioni, i limiti di ogni trattamento, i suoi effetti collaterali e le interazioni con la medicina ufficiale; SI NO

Aspetti clinici e ambulatoriali nei diversi campi specialistici compresa la farmacia antroposofica.

Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo; SI NO

Elementi di antropologia antroposofica in relazione ad anamnesi e clinica. Studio, discussione casi clinici.

Apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna disciplina che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari; SI NO

Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti; SI NO

Stato attuale della ricerca in medicina antroposofica, Evidence Based Medicine (EBM), Cognition Based Medicine (CBM).

Conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia; SI NO

Individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio per le singole discipline. SI NO

Formazione sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico.

14. Aspetti specifici del programma del corso formativo Allegare il programma dettagliato

14.5. OMOTOSSICOLOGIA rivolta a medici chirurghi e odontoiatri

Conoscenza dei principi fondamentali della singola disciplina e dei diversi approcci terapeutici che la contraddistinguono; SI NO

Breve storia dell'omotossicologia intesa come omeopatia antiomotossica; conoscenza degli effetti delle tossine sull'uomo e il relativo trattamento omeopatico; conoscenza della Tavola delle Omotossicosi o Tavola delle 6 fasi ideata e strutturata da H.H. Reckeweg (1905-

1985); riconoscimento delle 300 forme morbose di riscontro clinico più frequente; conoscenza dei farmaci omeopatici unitari a bassa media e alta diluizione o complessi derivati sia dall'omeopatia classica che da acquisizioni farmacologiche più recenti (substrati d'organo di suino, catalizzatori intermedi, chinoni e vari immunostimolanti).

Aspetti della relazione medico - paziente e con i sistemi sanitari; SI NO

Consenso informato al trattamento terapeutico, al trattamento dei dati sensibili in accordo con la normativa vigente. consenso al trattamento dei dati sensibili in accordo con la normativa della Privacy.

Relazione tra la singola disciplina e il metodo clinico della medicina ufficiale, analizzando le indicazioni, i limiti di ogni trattamento, i suoi effetti collaterali e le interazioni con la medicina ufficiale; SI NO

Conoscenza di scopo e limiti dell'omotossicologia con la consapevolezza del ruolo della stessa nella cura integrata del paziente ovvero non in sostituzione o antitesi con la medicina convenzionale.

Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo; SI NO

Garantire un approccio medico a tutela della sicurezza del paziente in piena alleanza terapeutica con le altre medicine complementari e con la stessa medicina convenzionale.

Apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna disciplina che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari; SI NO

Raccolta dei segni e dei sintomi; capacità di selezionare i dati importanti per il corretto approccio omotossicologico identificando le fasi (di escrezione, di infiammazione, di deposito, di impregnazione. Di degenerazione e di de differenziazione) e la divisione biologica nonché lo stato della psiche.

Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle singole discipline ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti; SI NO

Lo stato attuale della ricerca in Omotossicologia, EBM (evidence based medicine) e CBM (cognition based medicine).

Conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia; SI NO

Individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio per le singole discipline. SI NO

Formazione sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico.

15 Organigramma riassuntivo