

Fasi	Funzioni	Nome e Cognome	Firma	Data
Redazione	Per il Gruppo di redazione	Stefania Polvani		
Verifica	Responsabile Qualità Formazione	Paola Menci		
Approvazione	Direttore UOC Formazione e Rapporti con l'Università	Sergio Bovenga		
	Direttore Generale	Marco Torre		
Controllo	Direttore AD Qualità e Sicurezza delle cure	Roberto Monaco		

Gruppo di redazione composto da:

Stefania Polvani Sociologa Dirigente UOC Governo Percorsi amministrativi della Formazione, **Marta Del Santo** Ass. Amm., **Fiorangela Rullo** Ass. Amm. UOC Formazione e Rapporti con l'Università **Rita Malacarne** Resp.Inf.co Formazione Obbligatoria Aziendale UOC Programmazione e sviluppo professioni Infermieristiche ed Ostetriche.

Luogo e modalità di conservazione: Polo Formativo Arezzo. Archivio cartaceo e informatico.	Responsabile conservazione: Paola Menci
--	---

Revisione con Modifiche	Motivo della revisione: Revisione periodica per variazione dei riferimenti normativi; modifica allegati; sostituisce PA-FORU-003 Rev.3.
--------------------------------	---

La diffusione del presente documento è assicurata mediante pubblicazione nella Intranet aziendale e nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda USL Toscana Sud Est. Esso inoltre verrà distribuito, a cura della struttura emittente, ai Direttori delle Macrostrutture, Dipartimenti e agli Animatori aziendali della Formazione.

E' compito delle strutture coinvolte procedere, al proprio interno, alla presa visione ed integrale recepimento del contenuto del documento mediante compilazione e conservazione del Modulo di Distribuzione reperibile presso la UOC Qualità e Rischio Clinico o sull'intranet aziendale https://intranet.uslsudest.toscana.it/images/intranet/documenti/aziendali/modulo_di_distribuzione_procedure.pdf

INDICE

1.PREMESSA	Pag.3
2. SCOPO	Pag. 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	Pag. 3
4. RIFERIMENTI NORMATIVI	Pag. 3
5. GLOSSARIO E ACRONIMI	Pag. 3
6. MODALITÀ OPERATIVE	Pag. 4
6.1 TEMPISTICA DI ACCREDITAMENTO	Pag. 5
6.2 PROVA DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO	Pag. 10
6.3 QUESTIONARIO ANONIMO DELLA QUALITA' DELL'EVENTO	Pag. 11
6.4 CHIUSURA DELL'EVENTO ED ATTESTAZIONI FINALI ECM	Pag. 12
7. MONITORAGGIO	Pag. 13
8. RESPONSABILITÀ	Pag. 13
9. ALLEGATI	Pag. 14

1.PREMESSA

La presente procedura regola un processo diffuso in tutta l'Azienda USL Toscana Sud Est e coinvolge pertanto tutte le articolazioni interne della UOC Formazione e Rapporti con l'Università, sulla base dei livelli di responsabilità in essa definiti. La presente procedura è approvata anche dal Direttore Generale perché è inserita nel Piano Qualità del Provider Azienda USL Toscana Sud Est.

2.SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di definire le modalità sequenziali da garantire durante la gestione dell'accreditamento ECM, dell'erogazione dell'evento e delle verifiche previste per tutti gli eventi formativi del Provider Azienda USL Toscana Sud Est.

3.CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

La presente procedura si applica a tutte le funzioni aziendali coinvolte nel processo di accreditamento, erogazione e valutazione delle attività formative. Essa coinvolge la operatività delle sedi operative di Arezzo, Grosseto e Siena della UOC Formazione e Rapporti con l'Università (d'ora in poi UOC), dei Responsabili Scientifici (d'ora in poi RS) e degli Animatori di Formazione (d'ora in poi AdF).

L'applicazione della presente procedura è garantita anche per tutti quegli eventi la cui gestione, in tutto o in parte, sia stata affidata a soggetti esterni, fatte salve le specifiche clausole contrattuali che non possono comunque derogare dalle responsabilità aziendali relative alle fasi di accreditamento, selezione docenti e destinatari, controllo e verifiche (Vedi "Procedura di governo del processo della contrattazione, della sponsorizzazione e della contabilità").

4.RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ Regolamento delle attività formative dell'Azienda USL Toscana Sud Est, atto deliberativo n.1084/017
- ✓ Accordo Stato Regioni e Province Autonome 14/2017 Il sistema ECM 2017-2020
- ✓ Delibera Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 14.12.2017
- ✓ Delibera G.R.T. n.616 del 07.06.2021 "Linee guida su Animatori di Formazione"
- ✓ Delibera G.R.T. n.1306 del 21/11/2022 "

5.GLOSSARIO E ACRONIMI

Per il Glossario, come per gli acronimi, si fa riferimento al documento regionale "Glossario della Formazione in Sanità" della Regione Toscana - Giunta Regionale Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, edito nel 2022 a cura dell'Osservatorio Regionale sulla Qualità della Formazione Sanitaria ORQF (Allegato a IL PIANO DELLA QUALITÀ DELLA FORMAZIONE AZIENDA USL TOSCANA SUD EST).

ACRONIMI

AIFA: Agenzia Italiana del farmaco

ALFRESCO: Archivio documentale dell'Azienda USL Toscana Sud Est

CCNNLL: Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

LAP: Livello accettabile di performance

UOC: Unità Operativa complessa

6.MODALITA' OPERATIVE

Accreditamento ed erogazione dell'evento formativo

L'accREDITamento degli eventi formativi è a cura della UOC in particolare al personale che accredita. L'attuazione degli eventi formativi previsti nel Piano Aziendale di Formazione (PAF) è a cura dei RS supportati dagli AdF con la supervisione della UOC.

Nello specifico si procede attraverso il RS e/o AdF che provvedono a trasmettere alla UOC il programmadell'evento (PA-FORU-003 All.5 Scheda "Programma esecutivo dell'evento formativo")

le cui specifiche minime previste sono:

- Denominazione ed Identificativo del Provider
- Titolo dell'evento formativo
- Numero di edizioni dell'evento
- Sede dell'evento formativo
- Responsabile Scientifico dell'evento
- Numero Profili Professionali dei destinatari dell'attività formativa
- Area formativa
- Breve descrizione degli obbiettivi formativi
- Breve descrizione dei contenuti formativi
- Data di inizio e fine, ore totali e sede per ogni edizione prevista
- Inserimento del programma giornaliero indicando l'orario, i contenuti dell'intervento didattico, il nome e il cognome dei docenti per ogni giornata formativa, indicando la metodologia didattica utilizzata, la presenza o meno degli AdF in aula.

Il materiale didattico dovrà essere distribuito a cura del RS o AdF o da inserire on line a cura della UOC sul Portale della Formazione WHR-TIME. Il RS con la collaborazione dell'AdF provvede alla prenotazione dei locali e delle attrezzature didattiche necessarie allo svolgimento dell'evento rimanendone responsabile fino alla avvenuta riconsegna.

La UOC Formazione e Rapporti con l'Università provvede a:

- Accreditare l'iniziativa formativa secondo le procedure previste dalla Regione Toscana, creando la check list del fascicolo evento formativo (PA-FORU-003 All.16 "Check fascicolo evento") da inserire nel fascicolo elettronico di Alfresco;
- Inserire l'iniziativa formativa nell'applicativo gestionale della formazione aziendale, "Portale della Formazione WHR-TIME";
- Conferire l'incarico di docenza ai Docenti/Relatori/Moderatori/Tutor, AdF previsti garantendo il rispetto della normativa e delle procedure sul conflitto di interessi;
- Verificare che le attività previste si svolgano nel modo più efficace e conforme a quanto previsto dal progetto formativo;
- Periodicamente la UOC Formazione effettua attività di controllo sul corretto svolgimento dei corsi in aula predisponendo l'evento formativo secondo il modello (PA-FORU-003 Allegato 5 Programma esecutivo dell'evento formativo) e verificando la coerenza con il programma approvato;
- Inserire i nominativi di tutte le figure coinvolte nell'evento formativo nel Portale della Formazione WHR-TIME;
- Registrare le presenze nel Portale della Formazione WHR-TIME e di provvedere al successivo invio dei flussi in Regione Toscana (e alla banca dati nazionale Co.Ge.A.P.S.);
- Liquidare le spese per la didattica e le spese organizzative.
- Effettuare la registrazione dei dati delle iniziative per l'inserimento successivo nella Relazione annuale (da ora in poi RA) da trasmettere alla Regione Toscana;
- Il portale WHR-TIME rilascia gli attestati finali ai partecipanti che hanno effettuato la presenza ad almeno il 90% del totale delle ore di frequenza della iniziativa formativa;
- Registrare le presenze nel portale WHR-TIME e di provvedere al successivo invio dei flussi in Regione Toscana (e alla banca dati nazionale Co.Ge.A.P.S.).

La UOC archivia e conserva nei fascicoli evento creati appositamente per Macrostruttura/Dipartimento su Alfresco tutta la documentazione ricevuta ed inviata dal RS e dall'AdF oltre al PF e alla copia elettronica dell'accreditamento ECM scaricabile dall'applicativo di accreditamento regionale (FSR) e la relazione di chiusura evento (PA-FORU-003 All.10 Scheda "Relazione chiusura evento formativo")

6.1 TEMPISTICA DI ACCREDITAMENTO

Ai fini dell'accreditamento dell'evento il RS o l'AdF individuato, trasmettono a mezzo di posta elettronica alla UOC, almeno 30 giorni prima dell'inizio dell'evento, gli allegati in formato elettronico, necessari all'accreditamento ECM:

1. Programma dettagliato con tutte le specifiche previste;
2. Curriculum vitae di ciascun docente/moderatore/relatori/tutor/formatore, e AdF, se tutor di aula o di gruppi di lavoro. Il formato richiesto per il curriculum è quello "europeo/europass", con data non anteriore a due anni e sottoscritto. Nel trattare il curriculum vitae la UOC rispetta i principi in materia di protezione dei dati, fra i quali quello di "liceità, correttezza e trasparenza" nonché di "minimizzazione dei dati", in base ai quali i dati personali devono essere "trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato" e devono essere "adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati" (art. 5, par. 1, lett. a) e c), del Regolamento (UE) 2016/679. Il curriculum vitae è utilizzato dalla UOC per l'inserimento nell'accreditamento regionale "FSR" il cui nominativo è stato individuato dal RS sia nel PF sia nel programma formativo. Qualora l'evento preveda Sponsor o Partner soggetti alla comunicazione AIFA, il RS e/o l'AdF, trasmette alla UOC tutta la documentazione necessaria almeno settanta giorni prima della data di inizio dell'evento.

La UOC verifica che gli allegati rispondano alle specifiche contenute nel progetto approvato nel PAF e provvede ad inserire i dati richiesti nell'applicativo regionale "FSR" di accreditamento degli eventi formativi ECM.

Se gli allegati si discostano in maniera significativa dal progetto approvato nel PAF, in ordine a:

- Titolo
- Contenuti formativi
- Edizioni programmate
- Costi
- Durata del modulo che ne fa variare la tipologia formativa
- Docenti esterni non previsti
- Sponsor o Partner non previsti al momento di presentazione del progetto

la UOC valuta l'opportunità dei cambiamenti apportati ed invita il RS a riformulare il programma in modo coerente a quanto previsto nel PAF prima di procedere all'accreditamento dell'evento stesso. In caso di variazioni giudicate significative, viene formulato dal RS un nuovo progetto che sarà presentato al Comitato Scientifico in sede di integrazione al PAF.

La UOC Formazione e Rapporti con l'Università è la struttura delegata dal Direttore Generale (legale rappresentante del Provider Azienda USL Toscana Sud Est accreditato presso la Regione Toscana) ad accreditare gli eventi formativi attribuendo loro i crediti secondo la normativa vigente.

La UOC provvede ad inserire il progetto nell'applicativo regionale "FSR" indicando:

a) Il titolo dell'evento

Il titolo dell'evento formativo deve permettere di comprendere i contenuti trattati.

b) I contenuti formativi e loro qualità scientifica

Devono essere accreditati ECM eventi formativi con contenuti educazionali di tipo scientifico nelle materie sanitarie o correlate direttamente a materie sanitarie. Non sono riconosciuti crediti formativi per i corsi di *marketing* o con contenuti che fanno riferimento a normale conoscenza in materia fiscale o proprie di attività commerciale che non ha niente a che fare con la specifica competenza sanitaria, accreditabile ai fini ECM. La formazione deve essere scientificamente aggiornata, equilibrata, basata sull'evidenza scientifica. L'Azienda USL Toscana Sud Est, in qualità di Provider, è anche responsabile anche della qualità tecnico scientifica dell'evento. Il Provider infatti deve garantire l'erogazione di eventi il cui contenuto scientifico sia attuale e aggiornato, anche nel caso in cui si tratti di formazione a distanza.

Gli eventi sulle pratiche e medicine non convenzionali devono essere accreditati solo se prevedono nel programma prove di efficacia. Le professioni destinatarie della formazione sulle medicine e pratiche non convenzionali sono quelle di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista. Fatta salva l'esclusiva competenza tecnica delle professioni di cui sopra, tali eventi possono essere destinati anche alle altre professioni sanitarie, previa specifica motivazione di tale estensione.

Nei suddetti eventi formativi devono essere sempre presenti almeno un docente/relatore fra le professioni di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, quali dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale.

Il metodo Mézières ad esempio, previsto fra le medicine non convenzionali, è proponibile per le figure professionali di medico nell'ambito delle specifiche discipline e del fisioterapista in conformità a questo obiettivo formativo. L'erogazione di eventi sull'alimentazione per la prima infanzia segue la disciplina prevista dalle norme.

I corsi riguardanti la legislazione, l'informatica, le lingue straniere e la comunicazione non devono essere corsi "base" bensì corsi avanzati inerenti aspetti scientifici in ambito sanitario.

I contenuti formativi devono essere coerenti con gli obiettivi formativi stabiliti dalla Regione Toscana nell'applicativo FSR. I contenuti formativi devono altresì essere proporzionati alla durata e alle modalità di svolgimento dell'evento.

Il percorso formativo deve essere comune per tutti i partecipanti. Non sono accreditabili nello stesso evento sessioni parallele a cui partecipano distintamente solo una parte dei discenti. Queste ultime sono consentite

secondo quanto previsto alla voce workshop.

La Regione Toscana verifica gli accreditamenti effettuati dal Provider segnalando eventuali difformità. Nel caso in cui l'accreditamento dell'evento sia stato riconosciuto dall' Ente Accreditante non rispondente ai requisiti richiesti, la UOC informa il RS e il Direttore della Macrostruttura/Dipartimento interessata affinché vengano sanati i problemi ostativi all'accreditamento.

c) Il Responsabile Scientifico

Il RS può anche essere Docente/Relatore/Tutor/AdF dell'evento, tuttavia, essendo colui che sovrintende alla predisposizione della verifica dell'apprendimento, se prevista, non può ricoprire il ruolo di discente. Il RS individua i docenti, che devono essere esperti, in ragione di titoli di studio, della materia oggetto di insegnamento, diversamente l'evento non è accreditabile. Nella scelta dei docenti deve essere data priorità ai professionisti del SSR e SSN. Il RS acquisisce i crediti ECM, ai sensi dell'allegato 2, allegato M della DGRT. n.1306 del 21/11/2022.

d) La Segreteria Organizzativa

È a carico dell'operatore che seguirà tutte le fasi dell'erogazione dell'evento. Di norma coincide con il RS o con l'AdF o con il Tutor. In caso vi sia un'organizzazione complessa dell'evento può essere individuato un operatore della UOC deputato a coadiuvare il RS nella gestione organizzativa dell'evento.

e) Approvazione PAF

L'evento da accreditare deve essere stato già approvato nel PAF o previsto nell'integrazione al PAF. Non saranno presenti nel PAF solo quegli eventi in cui il l'Azienda USL Toscana Sud Est riveste il solo ruolo di Provider per l'Ente in convenzione che ha progettato e che realizza l'evento, ai sensi della normativa regionale e con apposita convenzione repertoriata con il Provider e l'Ente esterno che propone il singolo progetto. Devono essere inseriti nel nell'applicativo regionale "FSR" gli estremi della convenzione repertoriata (vedi "Procedura di governo del processo della contrattazione, della sponsorizzazione e della contabilità" (PA-FORU-006).

Va specificato nell'applicativo FSR se trattasi di aggiornamento obbligatorio collettivo, individuale od aggiornamento facoltativo.

f) La durata degli eventi formativi ECM ed il periodo di svolgimento

Gli eventi di formazione RES, FSC e FAD, hanno una durata massima del modulo di 12 mesi ad esclusione della

tipologia "Attività di ricerca", obbligatoriamente approvata dal Comitato Etico, per la quale è prevista anche una durata fino a 24 mesi. Nessun evento può durare oltre il termine del triennio formativo ECM corrente. La durata in ore dipende dalla tipologia prescelta, ma l'unità didattica minima accreditabile è di \geq tre ore tranne che per audit e rassegne di morbilità e mortalità di rischio clinico. Il periodo è l'arco temporale di durata di ciascuna edizione. Per gli eventi di FSC, ad eccezione di audit e simulazione, la durata minima è di sei ore; la durata minima per la formazione mista (blended) è di due giornate. L'audit deve essere suddiviso in tre incontri per progetto formativo accreditato. Non va conteggiato nella durata dell'evento il tempo dedicato alla valutazione della qualità percepita, ai saluti introduttivi, alle pause/intervalli. L'Azienda USL Toscana Sud Est non accredita eventi formativi che si svolgono al di fuori della Regione Toscana.

g) La sede dell'evento

La scelta della sede dell'evento deve privilegiare le strutture aziendali. La sede deve essere conforme alla normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro e adeguata alla tipologia di attività formativa erogata. La UOC controlla che non si svolgano eventi formativi presso sedi rese disponibili da aziende aventi interessi commerciali in ambito sanitario.

h) I destinatari dell'evento

I destinatari devono essere individuati nel numero totale dei professionisti partecipanti: le qualifiche devono essere quelle rappresentate nelle Aziende Sanitarie, appartenenti in prevalenza al Servizio Sanitario Regionale ed ai professionisti convenzionati SST. I partecipanti appartenenti a profili professionali non sanitari saranno registrati alla voce: Personale SST senza obbligo ECM oppure Altro Personale.

Nel caso l'evento sia aperto a destinatari rappresentati da professionisti esterni al Provider, a titolo gratuito o a titolo oneroso, i partecipanti sono tenuti alla compilazione della richiesta di partecipazione secondo la modulistica predisposta (PA-FORU-003 Allegato 8 "Scheda di iscrizione per partecipante esterno senza oneri" e PA-FORU-003 Allegato 9 "Scheda di iscrizione partecipanti esterni ASL con oneri"). Il numero massimo dei partecipanti all'evento formativo comprende tutte le persone che seguono l'evento, inclusi coloro che non hanno diritto all'acquisizione dei crediti. Questi ultimi devono essere compresi nel numero totale dei partecipanti indicati in fase di accreditamento.

Il numero massimo dei partecipanti all'evento formativo comprende tutte le persone che seguono l'evento, valgono le seguenti indicazioni regionali:

- Corsi ≤ 40 partecipanti ad edizione
- Audit ≤ 20 partecipanti per edizione
- Riunioni permanenti di aggiornamento professionale/gruppi di miglioramento ≤ 40 ad edizione

Il numero di partecipanti che hanno frequentato l'evento si può discostare del 10% in più od in meno rispetto al totale inserito nell'accreditamento dell'applicativo regionale "FSR".

i) Gli obiettivi strategici nazionali, le aree prioritarie regionali e gli obiettivi formativi dell'evento.

La UOC deve obbligatoriamente inserire nell'applicativo regionale "FSR" di accreditamento, gli obiettivi nazionali e regionali indicati nella stringa dell'allegato al PAF, che sono gli stessi inseriti nel PF, e qualora sia sostituito un PF in fase di integrazione al PAF, dovrà essere mantenuta la percentuale indicata alla Regione Toscana per quanto riguarda la FSC, come da Relazione Annuale da inviarsi alla Regione Toscana.

1) Docenti/Relatori/Moderatori/Tutor

I Docenti/Relatori/Moderatori/Tutor acconsentono a mettere a disposizione il proprio materiale didattico per le verifiche previste dall'Osservatorio Regionale sulla Qualità della Formazione Sanitaria. Gli stessi devono sottoscrivere la rilevazione dei conflitti almeno entro la data di accreditamento del progetto formativo nella piattaforma regionale FSR. I docenti possono prendere parte alla stesura della prova di verifica dell'apprendimento, ove prevista, o di una parte di essa, sotto il coordinamento del RS dell'evento.

In questo caso il docente non può partecipare all'evento con il ruolo di discente. Se il docente non ha partecipato alla stesura delle prove di verifica dell'apprendimento, può partecipare all'evento come discente. Lo stesso criterio si applica per il moderatore così come il moderatore, a condizione che siano rispettate tutte le condizioni previste per i discenti. Nel caso in cui la prova di verifica dell'apprendimento sia il questionario e nel caso in cui la partecipazione alla stesura del questionario da parte del docente non sia stata superiore al 25% dell'intero questionario (misurabile dalla relazione del RS dell'evento in cui sia identificabile la partecipazione alla stesura del questionario da parte del singolo docente) è consentito al docente prendere parte all'evento come discente con le medesime condizioni previste, tuttavia nella valutazione dell'apprendimento dovranno essere escluse (dal conteggio delle risposte corrette) tutte le risposte date alle domande che erano state predisposte dal docente stesso. Non è consentito inserire all'interno del rapporto dell'evento lo stesso nominativo più di una volta e non è consentito inserire lo stesso nominativo con ruoli differenti all'interno dello stesso tracciato.

Nel caso in cui il professionista sanitario partecipi in qualità sia di Docente/Relatore/Moderatore/Tutor, i crediti saranno sommati, secondo i rispettivi criteri previsti per il ruolo ricoperto (tabella "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM", Accordo Stato Regioni 14/2017) e dovranno essere rapportati con il ruolo di 'docente', rispettando comunque il limite dei 50 crediti.

Nel caso in cui un docente nello stesso anno partecipi a più edizioni dello stesso evento con il ruolo di Docente/Relatore/Moderatore/Tutor o nel ruolo di discente (o viceversa) può acquisire i crediti per una sola volta in veste di Docente/Relatore/Moderatore/Tutor ed una sola volta in veste di discente. La ripetizione di una Docenza/Tutoraggio, nello stesso anno solare, in più edizioni dello stesso evento, comporta un'unica attribuzione dei crediti per il ruolo svolto. Per la remunerazione da corrispondere ai docenti dipendenti del SSN si fa riferimento a quanto previsto nei CC.NN. LL della dirigenza e del comparto; per i docenti esterni al SSN le tariffe orarie sono stabilite dal D.M. del 01/02/2000.

6.2 PROVA DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

La valutazione dell'apprendimento, ove prevista, deve essere distinta per ciascun discente. La valutazione può essere eseguita con strumenti diversi (a titolo di esempio: questionari con quesiti a scelta quadrupla con singola risposta esatta, questionari a risposta aperta, esame orale, prova pratica, produzione/elaborazione di un documento, realizzazione di un progetto). Tali strumenti devono essere in ogni caso coerenti con gli obiettivi formativi. Il superamento della prova di verifica dell'apprendimento coincide comunque con il raggiungimento di almeno il 75% del livello di performance massimo previsto secondo i criteri utilizzati per la valutazione dal responsabile scientifico dell'evento. Tali criteri sono esplicitati in un documento sottoscritto dal RS dell'evento. È possibile incrementare la soglia di acquisizione del 75% del livello di performance massimo previsto dando evidenza ai discenti della soglia prevista, e motivando l'innalzamento in un documento sottoscritto dal RS dell'evento. Nel caso in cui la prova di verifica avvenga mediante questionari con quesiti a scelta quadrupla con singola risposta esatta, il superamento della prova coincide con il raggiungimento di almeno il 75% delle risposte esatte. I quesiti devono essere standardizzati in almeno 3 domande per ogni credito ECM riconosciuto. Qualora il questionario sia cartaceo si richiede che venga sottoscritto dal partecipante, e sia registrato l'esito tramite procedura di verifica del superamento manuale o informatizzata, e che la relazione finale sull'esito della valutazione sia sottoscritta dal responsabile

scientifico dell'evento. Nel caso in cui la prova di verifica avvenga mediante esame orale o pratico il docente/tutor e/o il responsabile scientifico dell'evento deve attestare lo svolgimento del colloquio o della prova pratica eseguita mediante un verbale che dovrà riportare le domande sottoposte o le procedure eseguite, l'esito dell'esame, la firma del docente/tutor e/o del responsabile scientifico dell'evento e la sottoscrizione del partecipante. Nel caso in cui la prova di verifica avvenga mediante questionari a risposta aperta, la stessa dovrà riportare l'esito della prova e la sottoscrizione del partecipante e la firma del docente e/o del responsabile scientifico dell'evento. Nel caso in cui la prova di verifica avvenga tramite la produzione/elaborazione di un documento o la realizzazione di un progetto, lo stesso è da intendersi parte integrante del programma formativo erogato dal Provider e dovrà riportare l'esito della prova, la firma del docente/tutor e/o del responsabile scientifico dell'evento e la sottoscrizione del partecipante. Qualora la didattica si sviluppi in più moduli o in più giornate, al termine di ciascun modulo/giornata è possibile consegnare, far compilare e ritirare le prove di verifica. In tal caso, per la valutazione dell'apprendimento dovranno essere utilizzate comparativamente tutte le prove di verifica somministrate nel corso dell'evento dopo ciascun modulo/giornata. Prima dell'inizio dell'evento è possibile verificare le competenze in ingresso dei discenti tramite consegna agli stessi della documentazione relativa alla verifica dell'apprendimento (ad esempio questionario). Tale documentazione compilata dal discente deve essere ritirata dal Provider prima dell'inizio dell'evento. Ad evento concluso, il Provider consegna al discente la stessa documentazione (non compilata) relativa alla verifica dell'apprendimento. L'unica prova di verifica dell'apprendimento utile ai fini del riconoscimento dei crediti è la prova di verifica dell'apprendimento finale.


Per quanto attiene al sistema di verifica degli eventi FAD si fa riferimento a quanto già disciplinato nella DGR 1256/2017 concernente "Linee guida sulla Formazione a Distanza in sanità". Per gli eventi residenziali, di formazione sul campo e di formazione a distanza sincrona è possibile compilare il questionario di verifica in modalità on-line, entro i tre giorni successivi alla data di conclusione dell'attività formativa. Per gli eventi residenziali e di formazione sul campo ai partecipanti deve essere consentito un solo tentativo di superamento della prova.

Il Provider deve documentare l'avvenuto rispetto delle modalità sopra descritte e la verifica dell'identità del professionista (anche per la modalità on-line).

6.3 RILEVAZIONE QUALITA' PERCEPITA E PERCEZIONE INTERESSI COMMERCIALI IN AMBITO SANITARIO

Il Provider deve sottoporre ai discenti, anche nel caso in cui l'evento non sia sponsorizzato, un questionario sulla qualità nel quale possano indicare l'eventuale percezione di influenze di interessi commerciali in ambito sanitario, la rilevanza del programma rispetto ai bisogni formativi e al ruolo professionale dei partecipanti, la qualità formativa del programma e dei docenti, l'efficacia della formazione rispetto agli obiettivi formativi, la qualità dell'organizzazione ed il tempo necessario per svolgere l'attività. La scheda della qualità deve contenere:

- a) la domanda sulla percezione di interesse commerciale sanitario nell'ambito dell'attività educativa (anche se l'evento non è sponsorizzato);
- b) la possibilità di segnalare il modo in cui lo sponsor oppure altra azienda commerciale in ambito sanitario abbia condizionato l'attività formativa;

 <p>UOC Formazione e Rapporti con l'Università</p>	<p>PA-FORU-003</p> <p>PROCEDURA PER L'EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA</p>	<p>Rev. n. 4</p> <p>Data 09-12-2025</p> <p>Pag. 12 di 38</p>
--	---	--

c) la possibilità di segnalare alla Regione Toscana eventuali conflitti d'interessi riscontrati nel corso dell'evento tramite l'indirizzo email ecm.rilevazioneconflittointeresse@regione.toscana.it

I nominativi dei discenti che effettueranno le segnalazioni non saranno comunicati ai Provider. La scheda della qualità deve essere compilata in forma anonima da parte dei discenti al termine dell'evento formativo e deve essere acquisita dal Provider separatamente rispetto alla documentazione di verifica dell'apprendimento, ove prevista, e all'eventuale documentazione anagrafica del discente. Per terminare il percorso formativo il professionista deve quindi compilare il questionario della qualità percepita e superare la prova di apprendimento (ove prevista).

6.4 CHIUSURA DELL'EVENTO ED ATTESTAZIONI FINALI ECM

Il RS e l'AdF firmano la relazione di chiusura evento inviandola alla UOC (PA-FORU-003 Allegato 10 Scheda "Relazione chiusura evento formativo")

La relazione è formulata sugli esiti delle valutazioni di apprendimento somministrate ai singoli partecipanti, mentre per la qualità percepita dell'evento si fa riferimento alla scheda di valutazione dell'evento (vedi Procedura per la rilevazione e prevenzione del conflitto di interessi anche potenziale, nella struttura organizzativa e nella pianificazione, progettazione ed erogazione degli eventi PA-FORU-001) compilata on line sul Portale della Formazione WHR-TIME. L'attestato con i crediti ECM viene inviato dalla UOC solo ai partecipanti per i quali il RS abbia documentato il superamento della verifica di apprendimento, se prevista, e il questionario di gradimento.

La UOC controlla che siano presenti la documentazione richiesta per l'assegnazione dei crediti ECM, verifica le ore e le firme di presenza dei partecipanti ad almeno il 90% delle ore previste per l'edizione dell'evento. La UOC rende disponibile l'attestato ECM agli aventi diritto tramite il Portale della Formazione WHR-TIME. Il modello per l'attestazione del riconoscimento dei crediti formativi è quello previsto dall'Allegato C della deliberazione D.GRT.n1306 del 21/11/2022. Può essere rilasciato un attestato di partecipazione anche a coloro che non hanno acquisito i crediti ECM, perché appartenenti ad altre professioni non sanitarie.

7.MONITORAGGIO

Oggetto del monitoraggio	Indicatore	Numeratore/ dato	Denominatore/ dato	Standard atteso	Fonte del dato
a) Programma formativo	Item della scheda programma	N° programmi inviati	N° eventi di cui si chiede l'erogazione da parte del RS	100%	Portale della Formazione WHR-TIME
b) Tempi di invio al Co.Ge.A.P.S. delle edizioni degli eventi ECM	Invio entro 90gg.	N° edizioni inviate nel flusso Co.Ge.A.P.S.	N° edizioni eventi ECM accreditati	100%	Applicativo regionale AFR

9.RESPONSABILITA'

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Professionisti / Attività	Dir. UOC	UOC	RS	DOCENTE	AdF	Resp. Qualità
Invio programma formativo per accreditamento		I	R		C	
Accreditamento progetti		R	I		I	
Conferimento incarico di docenza		R	I	C	I	
Organizzazione e logistica evento		I	R		C	
Gestione Portale della Formazione		R	I		I	
Erogazione dei progetti		I	R		C	
Invio documentazione chiusura evento		I	R		C	
Invio flussi documentali e rilascio attestati	R	C	I		I	
Monitoraggio procedura lettera a)	I	R				I
Monitoraggio procedura lettera b)	R	C				I

R=Responsabile; C=Collabora; I= Informato

10.ALLEGATI

Si allegano di seguito:

Allegato 1 PA-FORU-003 SWIMLANE

Allegato 2 PA-FORU-003 Scheda FMECA Pianificazione, Progettazione, Erogazione

Allegato 3 PA-FORU-003 Scheda "Aggiornamento Obbligatorio Individuale"

Allegato 4 PA-FORU-003 Scheda "Aggiornamento Facoltativo Individuale"

Allegato 5 PA-FORU-003 Scheda "Programma esecutivo dell'evento formativo"

Allegato 6 PA-FORU-003 Scheda "Foglio firma partecipanti"

Allegato 7 PA-FORU-003 Scheda "Foglio firma docenti"

Allegato 8 PA-FORU-003 Scheda "Iscrizione per partecipante esterno senza oneri"

Allegato 9 PA-FORU-003 Scheda "Iscrizione partecipanti esterni ASL con oneri"

Allegato 10 PA-FORU-003 Scheda "Relazione chiusura evento formativo"

Allegato 11 PA-FORU-003 Scheda "Libretto discente Toj"

Allegato 12 PA-FORU-003 Scheda "Attestato ECM AdF"

Allegato 13 PA-FORU-003 Scheda "Attestato ECM docente"

Allegato 14 PA-FORU-003 Scheda "Attestato ECM partecipante"

Allegato 15 PA-FORU-003 Scheda "Attestato Partecipante"

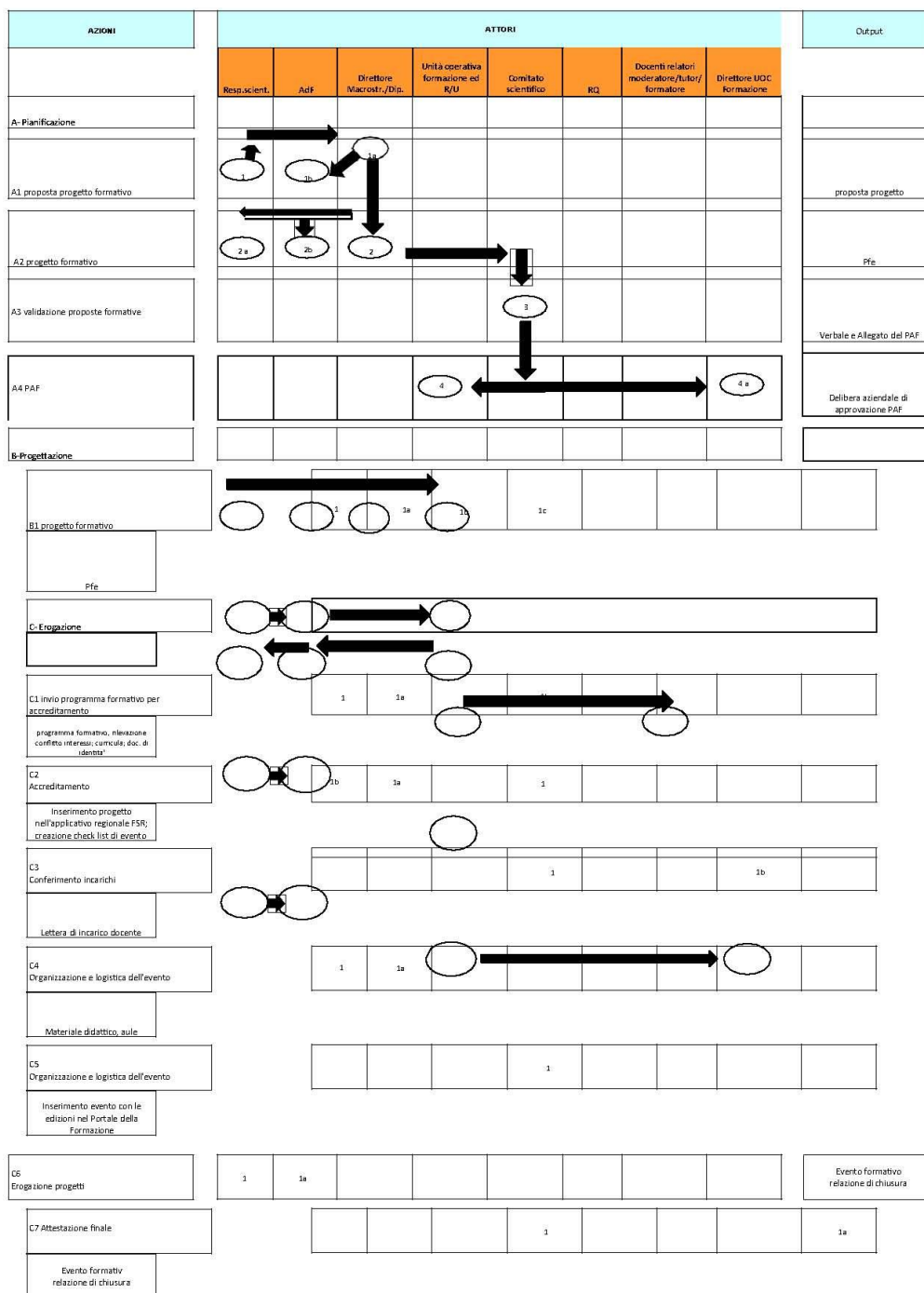
Allegato 16 PA-FORU-003 Scheda "Check fascicolo evento"

Allegato 17 PA-FORU-003 Scheda "Iscrizione partecipanti alla Robotica"



SWIMLANE

Allegato 1 PA-FORU-003
PROCEDURA PER L'EROGAZIONE
DELL'ATTIVITA' FORMATIVA - Rev. 3





PROCESSO: <u>PIANIFICAZIONE</u> DEL PROGETTO FORMATIVO						INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITA'	CRITICITA'		RACCOMANDAZIONI			Gravità	Probabilità	Rilevabilità	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
COMUNICAZIONE AVVIO PIANIFICAZIONE PAF ANNUALE	Mancato invio al corretto Direttore di macro struttura	Mancata presa visione/diffusione della comunicazione da parte dei direttori delle macrostrutture	Controllo organigramma presente nella intranet	Verifica della notifica dell'avvenuta lettura da parte dei Direttori di macrostruttura	Rafforzare la comunicazione tra il Direttore dell'UOC Formazione e i Direttori delle macrostrutture	9	1	1	9
RILEVAZIONE BISOGNI FORMATIVI	Non viene rilevato il bisogno prima della compilazione della scheda elettronica progetto formativo	La rilevazione dei bisogni non è coerente o non è completa rispetto ai bisogni formativi rappresentati	AdF deve intercettare e rilevare i bisogni consapevoli ed inconsapevoli sia degli operatori sia dell'organizzazione		Formazione agli AdF sugli strumenti e tecniche più in uso per rilevare i bisogni	2	3	2	12
ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI	L'analisi non viene fatta dopo aver raccolto i bisogni e non viene presentato un progetto	L'analisi non tiene conto dei bisogni rilevati	Sensibilizzare AdF sull'analisi dei bisogni		Controllo da parte della UOC della corretta compilazione del campo descrittivo sull'analisi dei bisogni nella scheda elettronica del progetto formativo	1	6	3	18
ARCHIVIAZIONE E CONSERVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI	Non si archiviano e non si conservano gli strumenti raccolti ed utilizzati per la rilevazione dei bisogni	Mancato controllo del Direttore della Macrostruttura sull'archivio e sulla conservazione degli strumenti utilizzati	Collaborazione fra AdF, Responsabile scientifico e Direttore Macrostruttura		Verbale dell'AdF di avvenuta archiviazione e sede della conservazione	3	2	5	30

La FMECA ha evidenziato possibili criticità nella completezza dei dati, nella coerenza dei bisogni rilevati e nei controlli sull'analisi e archiviazione. Le azioni proposte puntano a rafforzare la comunicazione, tracciabilità e supporto agli AdF, con un monitoraggio continuo per garantire qualità e correttezza del processo formativo.



PROCESSO: <u>PROGETTAZIONE</u> DEL PROGETTO FORMATIVO						INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITA'	CRITICITA'		RACCOMANDAZIONI			Gravità	Probabilità	Rilevabilità	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
PROPOSTA PROGETTO FORMATIVO	Mancata coerenza tra il fabbisogno formativo rilevato e proposta progettuale	Non coerente e/o non completa rispetto al fabbisogno rilevato	Rafforzare il supporto degli AdF durante la compilazione della scheda progetto	Migliorare i moduli digitali per garantire completezza e correttezza dei dati.	Garantire la diffusione e l'effettiva conoscenza delle procedure già pubblicate nella intranet aziendale	8	5	3	120
PROGETTO FORMATIVO	Errata compilazione del modulo di proposta (dati mancanti o incoerenti)	Sovraccarico di lavoro che riduce l'accuratezza nella compilazione	Monitorare costantemente la qualità delle proposte all' interno di ciascun dipartimento		Rafforzare la comunicazione tra proponenti, gli animatori e l'ufficio formazione nella fase di pianificazione	6	5	1	30
VALIDAZIONE PROPOSTE FORMATIVE	Corso non inserito in piattaforma PAF	Assenza di un controllo strutturati sul processo di inserimento	Richiedere ai referenti di dipartimento una conferma dell'avvenuto inserimento dei corsi programmati		Rafforzare la comunicazione tra proponenti, gli animatori e l'ufficio formazione nella fase di inserimento Progetto formativo	5	5	2	50
PAF	Non rispettare il termine, per l'inserimento dei progetti, della data definita dal Direttore dell'UOC Formazione e rapporti con l'università	Inadeguata pianificazione interna dei dipartimenti che può portare a ritardi silenti	Sensibilizzare i referenti dei dipartimenti sul rispetto delle scadenze	La piattaforma è adeguata, ma si può sensibilizzare un promemoria per evidenziare la scadenza imminente	Rispettare la procedura	9	3	2	54

La FMECA ha messo in evidenza le possibili criticità ricorrenti nella coerenza dei progetti, nella compilazione dei moduli e nel rispetto delle scadenze. Le azioni proposte (supporto, monitoraggio, comunicazioni e strumenti digitali) risultano adeguate per migliorare la qualità e tempestività della pianificazione formativa.

ALLEGATO 2
Scheda "FMECA"
PA-FORU-003



PROCESSO: EROGAZIONE DEL PROCESSO FORMATIVO						INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITÀ	CRITICITÀ		RACCOMANDAZIONI			Gravità	Probabilità	Rilevabilità	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
PROGRAMMA PER ACCREDITAMENTO	Documentazione incompleta o errata al momento della trasmissione e per l'accreditamento	Mancanza di un controllo sui documenti inviati	Verificare la completezza e la correttezza dei documenti da parte del AdF e del RS		Invio di mail con materiale da parte del RS e AdF per garantire tracciabilità	8	8	1	64
ACCREDITAMENTO	Mancato rispetto nei tempi previsti	Conoscenza non uniforme del processo di gestione del progetto	Sensibilizzare i referenti dei progetti sul rispetto delle scadenze per l'accreditamento		Rafforzare il supporto degli AdF e RS in caso di dubbi o errori	10	3	1	30
CONFERIMENTO INCARICHI	Mancata firma e restituzione della lettera di incarico	Carenze delle informazioni sul processo di gestione dell'accreditamento	Invio mail di comunicazione lettera di incarico, da parte dell'UOC, dettagliata e con scadenza entro il giorno prima dell'inizio corso		Rispetto della procedura aziendale	9	8	2	144
ORGANIZZAZIONE E LOGISTICA DELL'EVENTO	Problemi nella prenotazione e delle aule	Possibile conflitto di prenotazione tra eventi contemporanei	Sensibilizzare sull'importanza di rispettare le scadenze per le prenotazioni		Aspetti organizzativi aziendali	8	1	2	16
GESTIONE APPLICATIVO FORMAZIONE	Incompletezza delle informazioni inserite	Scarsa familiarità con alcune funzioni della piattaforma WHR-TIME	Compilazione corretta dei campi di WHR – TIME		Slide o tutorial che fornisce indicazioni precise sull'inserimento dei dati su WHR-TIME	6	5	4	120

ALLEGATO 2
Scheda "FMECA"
PA-FORU-003

PROCESSO: EROGAZIONE DEL PROCESSO FORMATIVO						INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITA'	CRITICITA'		RACCOMANDAZIONI			Gravità	Probabilità	Rilevabilità	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
EROGAZIONE CORSO	Mancanza o non completezza della documentazione necessaria	Assenza docenti	Sensibilizzare gli AdF e RS sulle procedure da seguire in aula			9	1	2	18
ATTESTAZIONE FINALE	Mancanza o non completezza della documentazione necessaria. Partecipazione incompleta (almeno il 90%) valutazione negativa	Mancato rilascio attestazione	Sensibilizzare gli AdF al controllo della firma corretta nei registri da parte dei discenti			10	1	1	10

La FMECA dell'erogazione ha evidenziato possibili criticità sui tempi, completezza della documentazione e gestione dell'applicativo. Le azioni proposte supporto agli AdF, sensibilizzazione dei referenti e controlli sistematici. Sono adeguate a ridurre i rischi e a migliorare la tracciabilità e l'efficacia complessiva del processo di erogazione.



Oggetto: AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO INDIVIDUALE

DIPARTIMENTO/AREA

U.O.

SEDE

SI CHIEDE CHE SIA AUTORIZZATA LA PARTECIPAZIONE DEL DIPENDENTE

nome

cognome

matricola

qualifica

alla partecipazione

☐ CORSO

☐ SEMINARIO

☐ ALTRO

Titolo

sede¹

dal

al

giorni di missione richiesti (compreso il viaggio) gg. n

SPESA PREVENTIVATA

per iscrizione €

, per soggiorno €

, spese di viaggio con mezzo pubblico €

luogo e data

firma del Dipendente

Si ritiene che l'approvazione di questo aggiornamento, a tutti i livelli autorizzativi, è vincolata alla preventiva fruizione da parte del partecipante della formazione prevista dagli obiettivi PNRR e che sia funzionale alle esigenze della UO per le seguenti motivazioni:

Si allega (obbligatorio) il programma esecutivo dell'evento

luogo e data

Firma del Direttore U.O.

Visto il parere del Direttore della U.O. nonché il relativo preventivo di spesa

☐ Si autorizza

☐ Non si autorizza

Firma del Direttore del Dipartimento di linee o tecnico scientifico
o del delegato: Direttore UO autorizzato a rappresentarlo

Visto si convalida firma del Direttore UOC Formazione e Rapporti
con l'Università

¹ Si intende la sede dell'evento formativo



Oggetto: AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO INDIVIDUALE

Nome	cognome
Dipartimento/Area	
U.O.	sede
matricola	qualifica

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO/A

(Si allega obbligatoriamente il programma esecutivo dell'iniziativa)

Alla partecipazione ☐ CONVEGNO ☐ CORSO ☐ SEMINARIO ☐ ALTRO

Titolo

sede¹

dal al

utilizzo permesso retribuito gg. N°

utilizzo ore attività NON assistenziali gg. N°

SPESA PREVENTIVATA

per iscrizione € , per soggiorno € , spese viaggio/altro specificare €

luogo e data	firma del Dipendente
--------------	----------------------

Si ritiene che questo aggiornamento sia attinente all'attività di servizio svolta e che la sua approvazione, a tutti i livelli autorizzativi, è vincolata alla preventiva fruizione da parte del partecipante della formazione prevista dagli obiettivi PNRR e che sia funzionale alle esigenze della UO per le seguenti motivazioni:

luogo e data	firma del Direttore U.O.
--------------	--------------------------

Visto il parere del Direttore della U.O. nonché il relativo preventivo di spesa:

☐ Si autorizza il permesso o l'utilizzo ore n.a. con un contributo del % della spesa preventivata

☐ Si autorizza il permesso o l'utilizzo ore n.a. senza contributo alla spesa

☐ Parere negativo Indicare il motivo

Firma del Direttore Dipartimento di line o T.S./ o del delegato
Autorizzato

Visto si convalida firma del Direttore UOC Formazione e Rapporti
con l'Università

1 Si intende la sede dell'evento formativo



N.B.: occorre compilare tutte le sezioni indicate

Denominazione e ID del Provider: 090-203 - Azienda USL Toscana sud est

Titolo Evento Formativo

Tipologia Evento Formativo

Sede dell'Evento Formativo

N° edizioni dell'Evento

Totale Ore singola edizione evento

Responsabile Scientifico

Numero e profili professionali dei destinatari dell'attività formativa:

Area Formativa: ☐ Obiettivi Formativi Tecnico-Professionali ☐ Obiettivi Formativi di Processo
☐ Obiettivi Formativi di Sistema

Breve descrizione degli Obiettivi Formativi:

Breve descrizione dei Contenuti formativi:

ALLEGATO 5

Scheda "Programma esecutivo dell'evento formativo"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 23 di 38



Data di inizio e di fine, ore totali e sede per ogni edizione prevista

dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede
dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede
dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede
dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede
dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede
dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede
dal	dal	dal	dal
al	al	al	al
tot ore	tot ore	tot ore	tot ore
Sede	Sede	Sede	Sede

ALLEGATO 5

Scheda "Programma esecutivo dell'evento formativo"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 24 di 38



Inserire di seguito il programma giornaliero di dettaglio indicando:

l'orario, i contenuti dell'intervento didattico, il nome e il cognome dei docenti per ogni giornata formativa¹

¹ Indicare la metodologia didattica utilizzata/e: (Presentazione relazioni; lavori a piccoli gruppi, confronto/dibattito ecc.)

ALLEGATO 6

Scheda "Foglio firma partecipanti"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 25 di 38



Alla UOC Formazione e Rapporti con l'Università

Titolo		cod ECM	
--------	--	---------	--

	cognome e nome	matricola	firma entrata 08:30	firma uscita 12:30	firma entrata 14:30	firma uscita 18:30	note
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Sede e data

Firma responsabile Scientifico/Animatore. della formazione



Alla UOC Formazione e Rapporti con l'Università

Titolo

cod ECM

	cognome, nome	matricola	orario inizio docenza	orario fine docenza	firma				
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Solo per i dipendenti: docenza in orario di servizio

Solo per i dipendenti: docenza fuori orario di servizio

Data

sede

Firma del Responsabile Scientifico



(compilare tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM:

nome

cognome

data nascita

luogo nascita

codice fiscale

partita IVA (se in possesso)

residente

cap

via/p.zza

provincia

telefono

e-mail

Ente di appartenenza e sede lavorativa

qualifica/disciplina

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

luogo e data

firma

AVVISO PER OPERATORI NON DIPENDENTI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST:

Saranno attribuiti crediti formativi ECM solo a coloro che si iscrivono a mezzo della presente scheda e gli attestati ECM verranno inviati via mail.



(compilare tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM:			
nome			
cognome			
data nascita			
luogo nascita			
codice fiscale			
partita IVA (se in possesso)			
residente		cap	
via/p.zza			
provincia			
telefono			
e-mail			
Ente di appartenenza e sede lavorativa			
qualifica/disciplina			

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

luogo e data

firma

**AVVISO PER OPERATORI ESTERNI ALL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST SARANNO ATTRIBUITI CREDITI
FORMATIVI ECM SOLO A COLORO CHE:**

Si iscrivono all'evento formativo per mezzo della presente scheda, trasmettendola all'indirizzo mail:

@uslsudest.toscana.it

Il partecipante al ricevimento della fattura, verserà la quota di iscrizione pari a €. , utilizzando esclusivamente la piattaforma **pagoPA**.

☐ Pago personalmente l'iscrizione ☐ La mia iscrizione verrà pagata dalla mia azienda sanitaria

Se la fattura deve avere un'intestazione diversa indicare:

Ragione Sociale			
sede Legale			
c.f. partita Iva		codice di fatturazione elettronica (codice SDI)	

**Se la fattura deve essere intestata a un Ente o Azienda del SSN pubblico deve pervenire un ordine a: AZIENDA
USL TOSCANA SUD EST**

Prestazione esente da Iva ai sensi dell'art. 14, comma 10 della legge 24.12.93, n. 537



Azienda realizzatrice: **Azienda USL Toscana sud est**

Titolo del progetto:

responsabile del progetto:

numero di edizioni realizzate:

durata in ore della singola edizione:

anno in cui è stato programmato il percorso formativo:

numero totale dei partecipanti a tutte le edizioni:

Le verifiche **obbligatorie** di raggiungimento obiettivi, apprendimento e gradimento dell'evento sono state realizzate:

☐ Raggiungimento obiettivi descrivere sinteticamente:

☐ Le valutazioni anonime del gradimento del partecipante sono presenti sul Portale della Formazione

Risultato della valutazione dell'apprendimento effettuato attraverso:

☐ Questionario a risposta multipla e chiusa

☐ Questionario a risposta aperta

☐ Libretto discente ToJ

☐ Prova pratica individuale

☐ Altro specificare

Allegare ed inviare alla UOC Formazione e Rapporti con l'Università la valutazione individuale di apprendimento con il punteggio/score riportato e la firma del Responsabile scientifico.

ALLEGATO 10

Scheda "Relazione chiusura evento formativo"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 30 di 38

Per le verifiche di impatto , se previste nel progetto, allegare ed inviare alla UOC Formazione e Rapporti con l'Università la documentazione finale.

☐ Sono stati segnalati conflitti di interesse da parte dei partecipanti all'evento formativo, attraverso il "MODELLO SEGNALAZIONE CONFLITTO":

NO:	<input type="text"/>	SI:	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Se SI indicare i motivi della/delle segnalazione/i di conflitto, che saranno esaminati assieme al Direttore della UOC Formazione e Rapporti con Università:

Risultato dell'esame della segnalazione conflitto, esaminata congiuntamente dal Responsabile scientifico e dal Direttore UOC Formazione e Rapporti con l'Università:

Il Responsabile Scientifico _____
Nome, Cognome e firma per esteso

Animatore di Formazione _____
Nome, Cognome e firma per esteso



Titolo evento	Cod. Ecm
Nome cognome partecipante	matricola
Sede	data inizio
	data fine
	n° edizione

SCHEDA DI RILEVAZIONE PRESENZA

GIORNO	ORARIO ENTRATA	ORARIO USCITA	FIRMA DISCENTE	NOME E COGNOME TUTOR CLINICO (STAMPATELLO)	FIRMA TUTOR CLINICO

GRIGLIA OSSERVAZIONALE PER LA VALUTAZIONE APPRENDIMENTO VALIDA AI FINI DEL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO ECM

N°	ATTIVITÀ IN VALUTAZIONE (ITEMS DI APPRENDIMENTO)	A	B	C	D
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

ALLEGATO 11

Scheda "Libretto discendente Toy"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 32 di 38



NOME E COGNOME TUTOR VALUTATORE STAMPATELLO	FIRMA TUTOR VALUTATORE	NOME E COGNOME PARTECIPANTE STAMPATELLO	FIRMA PARTECIPANTE

CRITERI DI VALUTAZIONE:

Il Livello Accettabile di Performance (LAP), ritenuto positivo per il sistema ECM è rappresentato dal 75% delle attività valutate A e 25% valutate B.

VALUTAZIONE: ☐ A Idoneo ☐ B Da Migliorare ☐ C Non Idoneo ☐ *D Non Valutabile

*MOTIVAZIONE PUNTO D:

Luogo Data Firma Responsabile Scientifico dell'evento



Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Premesso che la Regione Toscana ha accreditato standard il Provider AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, accreditamento n. 203

Premesso che il Provider AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, ha organizzato l'evento formativo accreditato a livello regionale n. _____, codice edizione ____, denominato:

E tenutosi a _____ dal __/__/__ al __/__/__, e avente come obiettivo formativo:

Considerato che il Provider AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, ha assegnato all'evento stesso N. _____ (lettere) Crediti Formativi E.C.M.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato del Rappresentante legale)
Dott. Sergio Bovenga

Verificata la presenza del AdF

ATTESTA

che

Nome Cognome _____ (Codice fiscale _____)

Nato/a a _____ (__) il __/__/__

ha partecipato all'evento formativo in qualità di dipendente Animatori di formazione per ____ ore
ed ha acquisito:

N. ____ (_____) Crediti Formativi per l'anno _____

luogo e data _____, __/__/__

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)
Dott. Sergio Bovenga

ALLEGATO 14

Scheda "Attestato ECM partecipante"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 34 di 38



Regione Toscana

FORMAZIONE IN SANITÀ



Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Premesso che la Regione Toscana ha accreditato standard il Provider AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, accreditamento n. 203

Premesso che il Provider AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, ha organizzato l'evento formativo accreditato a livello regionale n. _____, codice edizione ____, denominato:

E tenutosi a _____ dal __/__/__ al __/__/__, e avente come obiettivo formativo:

Considerato che il Provider AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, ha assegnato all'evento stesso N. _____ (lettere) Crediti Formativi E.C.M.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato del Rappresentante legale)
Dott. Sergio Bovenga

Verificata la presenza del **docente**

ATTESTA

che

Nome Cognome _____ (Codice fiscale _____)

Nato/a a _____ (__) il __/__/__

ha partecipato all'evento formativo in qualità di dipendente Docente (eventi res, fad sincrona, fad asincrona)
per _____ ore
Ed ha acquisito:

N. ____ (_____) Crediti Formativi per l'anno _____

luogo e data _____, __/__/__

II RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)
Dott. Sergio Bovenga

ALLEGATO 14

Scheda "Attestato ECM partecipante"

PA-FORU-003

Rev. n. 4

Data 09-12-2025

Pag. 35 di 38



Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Premesso che la Regione Toscana ha accreditato il Provider

Azienda USL Toscana sud est accreditamento n. 203.

Premesso che il Provider Azienda USL Toscana sud est ha organizzato l'evento formativo
accreditato a livello regionale n. _____, denominato

_____ ai sensi del D.Lgs /
tenutosi a _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ per n. ore ____: ____ (cifre)
e avente come obiettivo formativo:

Considerato che il Provider Azienda USL Toscana sud est ha assegnato all'evento stesso
N. ____ (cifre) (lettere) crediti formativi ECM

Il/la sottoscritto/a

Sergio Bovenga

delegato dal Rappresentante legale del Provider Azienda USL Toscana sud est

Verificato la presenza del partecipante

ATTESTA

CHE

Nome Cognome in qualità di **Partecipante**

Codice fiscale _____

ha acquisito:

N. ____ (lettere) crediti formativi per l'anno ____
in data ____/____/____

luogo e data _____, ____/____/____

II RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)
Dott. Sergio Bovenga



ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

SI ATTESTA

Che

_____ (C.F: _____)

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____

ha partecipato in qualità di partecipante,

all'evento formativo n. _____ denominato _____

_____ - Edizione: _____,

organizzato da AZIENDA USL TOSCANA SUD EST e tenutosi a _____ dal
____/____/____

al ____/____/____ per ore ____ su un totale di ____ ore

luogo e data _____, ____/____/____

II RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentate legale)
Dott. Sergio Bovenga



SONO INSERITI IN ALFRESCO:

- ☐ PROGETTO FORMATIVO PAF
- ☐ PROGRAMMA EVENTO FORMATIVO
- ☐ ACCREDITAMENTO FSR
- ☐ C.V. DOCENTI/TUTOR/MODERATORI/ RESP.SCIENTIFICO/AdF (solo se partecipa ai lavori in aula)
 - ☐ Rilevazione dei conflitti di interessi del Responsabile scientifico ☐ doc. di identità
 - ☐ Rilevazione dei conflitti di interessi dell'AdF ☐ doc. di identità
 - ☐ Rilevazioni dei conflitti di interessi docente/moderatore/tutor ☐ doc. di identità

Mancano:

- ☐ INVIATE LETTERE DI INCARICO DOCENTE/TUTOR/AdF
- ☐ E.MAIL DI AVVENUTO ACCREDITAMENTO INVIATA
- ☐ EVENTO INSERITO NELLA CARTELLA IN ALFRESCO
- ☐ INSERIMENTO FIRME PRESENZA DISCENTI
- ☐ INSERIMENTO FIRME PRESENZA DOCENTI
- ☐ INSERIMENTO RELAZIONE di CHIUSURA EVENTO FORMATIVO IN ALFRESCO
- ☐ INSERIMENTO APPRENDIMENTO INDIVIDUALE
- ☐ QUESTIONARIO GRADIMENTO ON LINE SUL PORTALE DELLA FORMAZIONE
- ☐ COMPILATO MODELLO RILEVAZIONE NON CONFORMITA'

☐ AR ☐ GR ☐ SI

data chiusura evento

Firma _____



Scuola Internazionale di Chirurgia Mininvasiva e Robotica

(riempire tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM			
nome		cognome	
data nascita		luogo nascita	
codice fiscale		partita iva (se in possesso)	
residente		cap	
via/p.zza			
provincia			
telefono		e-mail	
ente di appartenenza e sede lavorativa			
qualifica/disciplina			

Se la fattura deve avere un'intestazione diversa indicare:

Ragione Sociale			
sede legale			
codice fiscale		partita iva (se in possesso)	
codice di fatturazione elettronica			

Se la fattura deve essere intestata a un Ente o Azienda del SSN pubblico deve pervenire un ordine a: AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Prestazione esente da Iva ai sensi dell'art. 14, comma 10 della legge 24.12.93, n. 537

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

luogo e data

Firma

AVVISO:

L'attesto sarà rilasciato e i crediti formativi ECM saranno attribuiti solo a coloro che si iscrivono a mezzo della presente scheda. La quota di iscrizione pari a €. dovrà essere versata al ricevimento della fattura e pagata con Pago PA oppure, per i partecipanti stranieri, tramite bonifico bancario intestato a: AZIENDA USL TOSCANA SUD EST - IBAN IT 08 X 01030 14217 000000617903 BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A. SIENA AGENZIA 13 - Swift:PASCITM1J25

L'iscrizione avverrà con la consegna di copia della presente scheda, allegando copia del pagamento a mezzo e-mail: orietta.fumasoli@uslsudest.toscana.it