 <p>SST Azienda USL Toscana sud est</p> <p>Servizio Sanitario della Toscana</p> <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 1 di 38</p>
--	---	--

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	Antonio D'Urso		
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.

<p>Luogo e modalità di conservazione: PO San Donato Arezzo. Archivio cartaceo ed informatico.</p>	<p>Responsabile conservazione: Paola Menci</p>
--	---

<p>Revisione con Modifiche</p>	<p>Motivo della revisione: Revisione periodica per variazione dei riferimenti normativi; modifica allegati; aggiornamento codice procedura (sostituisce PS-FORU-001.8.5). Allineamento a format procedura PA-DGEN-000.</p>
---------------------------------------	---

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. 11
7. MONITORAGGIO	Pag. 12
8. REVISIONE DELLA PROCEDURA	Pag 12
9. RESPONSABILITÀ	Pag. 13
10.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 QUALITA' 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. 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 programma dell'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 (con data di inizio e fine, numero totale, durata in ore)
- Sede/i di svolgimento dell'evento
- Responsabile Scientifico dell'evento
- Profili Professionali dei destinatari dell'attività formativa
- Obiettivi formativi ed Area formativa
- Ore totali e data di inizio e di fine per ogni giornata formativa di ciascuna edizione
- Programma di dettaglio delle sessioni
- Metodologie didattiche utilizzate.
- Nominativi dei Docenti/Relatori/Moderatori/Tutor

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. 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

 <p>SST Azienda USL Toscana sud est Servizio Sanitario della Toscana</p> <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 5 di 38</p>
---	---	--

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, attualmente “Portale della Formazione”;
- 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 secondo quanto previsto dal progetto;
- Inserire i nominativi di tutte le figure coinvolte nell'evento formativo nella anagrafe formativa aziendale;
- Effettuare la registrazione dei dati delle iniziative per l'inserimento successivo nella RAF da trasmettere alla Regione Toscana;
- Liquidare le spese per la didattica e le spese organizzative.

Rilasciare 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 nell'applicativo gestionale aziendale della formazione e di provvedere al successivo invio dei flussi in Regione Toscana (e alla banca dati nazionale COGEAPS

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 dal portale di accreditamento regionale 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 “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” ed devono essere “adequati, 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” e può essere inviato anche a mezzo di candidatura spontanea del docente, il cui nominativo sia stato comunque 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

 <p>SSS Azienda USL Toscana sud est Servizio Sanitario della Toscana</p> <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 6 di 38</p>
---	---	--

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 Formativo 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 nel portale 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 dimedico 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.

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.

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 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) L'inserimento nel 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 singoloprogetto. Devono essere inseriti nel portale "FSR" gli estremi della convenzione repertoriata (vedi "Procedura di governo del

 <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 8 di 38</p>
---	---	--

processo della contrattazione, della sponsorizzazione e della contabilità”).

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 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. I partecipanti appartenenti a profili professionali non sanitari saranno registrati alla voce “altro”.

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

 <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 9 di 38</p>
---	---	--

- 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 del Portale "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, equalora 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 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.

 <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 11 di 38</p>
---	---	---

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 QUESTIONARIO ANONIMO DELLA QUALITA' DELL'EVENTO

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;
- 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 (test di gradimento anonimo) si fa riferimento al questionario anonimo di gradimento compilato on line sul Portale della Formazione aziendale. 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. 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.

 <p>SST Azienda USL Toscana sud est Servizio Sanitario della Toscana</p> <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. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 12 di 38</p>
---	---	---

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 delRS	100%	Portale della Formazione
b) Tempi di invio al COGEAPS delle edizioni degli eventi ECM	Invio entro 90gg.	N° edizioni inviate nel flusso COGEAPS	N° edizioni eventi ECMaccreditati	100%	Applicativo regionale AFR

8 REVISIONE DELLA PROCEDURA

La revisione della presente procedura è conseguenziale al mutamento delle norme nazionali, regionali ed etico – professionali ovvero in occasione di mutamenti di indirizzo proposti da norme, regolamenti ed indicazioni tecniche degli organismi scientifici nazionali ed internazionali o in occasione di mutamenti delle strategie, delle politiche complessive e delle esigenze organizzative aziendali, quali richiesta del Comitato Scientifico Formativo, convalidate dal Direttore della UOC. Si precisa che la revisione della procedura va effettuata ogni 3 anni.

9. RESPONSABILITA'

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Professionisti / Attività	Dir. UOC	UOC	RS	DOCEN TE	AdF	Resp. Qualita'
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**= è informato

10.ALLEGATI

Si allegano di seguito:

Allegato 1 PA-FORU-003 SWIM LANE

Allegato 2 PA-FORU-003 Scheda FMECA

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"



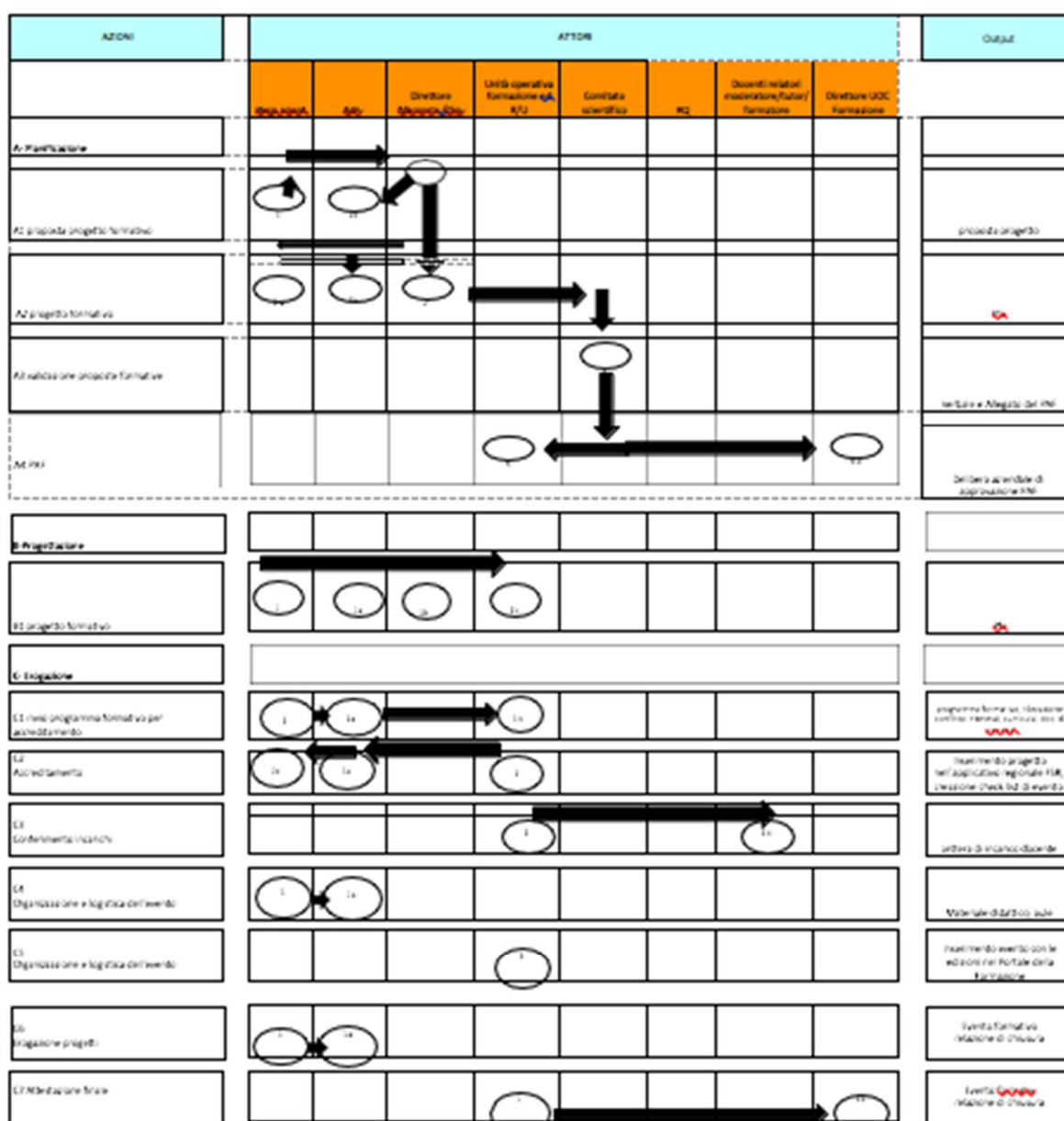
Regione Toscana

FORMAZIONE IN SANITÀ



SWIMLANE

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





Allegato 2 PA-FORU-003 - Scheda FMECA Rev.3

PROCESSO PIANIFICAZIONE, PROGETTAZIONE, EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA						DETERMINAZIONE INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITA'	CRITICITA'		RACCOMANDAZIONI			Come si manifesta?	Prevedibilità?	Prevenibilità?	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
a) Pianificazione									
A1 proposta progetto formativo	sebbene presente il fabbisogno, non segue una proposta	non coerente e completa rispetto al fabbisogno	come e cosa progettare (fallimento latente)		Analisi del fabbisogno (esistente)	8	5,5	3	132
A2 progetto formativo	corso che non rispecchia il fabbisogno	progetto non interessa	intercettare l'esigenza dal punto di vista professionale		Analisi del fabbisogno (esistente)	8	3	2	48
A3 validazione proposte formative	corso non inserito in piattaforma P.A.F.		relativo utilizzo della piattaforma (contattando anche la struttura)		tutorial	5	5	2	50
A4 P.A.F.	non rispettare il termine del 28 febbraio				rispetto della procedura	9	1	9	81
b) Progettazione									



PROCESSO PIANIFICAZIONE, PROGETTAZIONE, EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA						DETERMINAZIONE INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITA'	CRITICITA'		RACCOMANDAZIONI			Grazie	Probabilità	Esponibilità	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
III progetto formativo	azione prevista il fabbisogno, non soggetta a proposta	non coerente e completa rispetto al fabbisogno	come e cosa progettare (fallimento latente)		Analisi del fabbisogno (accettabile)	8	5,5	3	132
c) Erogazione									
C1 inviato programma formativo per accreditamento	rispetto della tempistica	condizione d'interesse			procedura e regolamento mai con materiale da parte del RS e della	9	9	8	648
C2 Accreditamento	rispetto tempi					10	4	1	40
C3 Conferimento incarichi	completezza e regolarità		Rispetto procedura			9	10	2	180
C4 Organizzazione e logistica dell'evento	Previdenza e stile				aspetti organizzativi aziendali	8	1	2	16
C5 Gestione applicativo formativa	completezza delle informazioni dato apprendimento			non dell'applicativo		10	4	7	280

PROCESSO PIANIFICAZIONE, PROGETTAZIONE, EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA						DETERMINAZIONE INDICE PRIORITA' DI RISCHIO			
FASI / ATTIVITA'	CRITICITA'		RACCOMANDAZIONI			Grazie	Probabilità	Esponibilità	Tot. IPR
	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Persone	Tecnologia	Organizzazione				
	entro 3 gg)								
	scarico flussi al COGEAPS								
C6 Erogazione progetti	mancanza o non completezza della documentazione necessaria	assenza docente			procedura rimodulazione emergenziale del corso	9	8	2	144
C7 Attestazione finale	mancanza o non completezza della documentazione necessaria partecipazione incompleta (almeno il 90%) valutazione negativa		completare il corso			10	8	2	160



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

scade

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 Igiene o tecnico scientifico
o del delegato: Direttore UO autorizzato a rappresentarlo

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



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

Sede

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 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.

*Si intende la sede dell'evento formativo

Allegato 4

Scheda Aggiornamento Facoltativo Individuale

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 20 di 38



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



Scheda Programma esecutivo dell'evento formativo

PA-FORU-003

Data 14/11/2024

Pag. 1 di 38



Denominazione e Id. del Provider: 203 – Azienda USL Toscana sud est

Titolo Evento Formativo

Tipologia Evento Formativo _____

N° edizioni dell'Evento _____

Totale Ore singola edizione evento _____

Responsible Scientifico

Numero e profilo 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:

1



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

dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ Sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ Tot ore : ____ sede _____



UOC Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 5

Scheda Programma esecutivo dell'evento formativo

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 3 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 formativa

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. 3

14/11/2024

Pag. 4 di 38



Alla UOC Formazione e Rapporti con l'Università

Titolo: _____

COD. ECM _____

SEDE: _____

DATA ____/____/____

COGNOME E NOME	matricola	entrata mattina ore ____ : ____	uscita mattina ore ____ : ____	entrata pomeriggio ore ____ : ____	uscita pomeriggio ore ____ : ____	note
1						
2						
3						
4						
5						

Firma del Responsabile Scientifico : _____

Allegato 7
Scheda Foglio firma docenti
PA-FORU-003



Alla UOC Formazione e Rapporti con l'Università

TITOLO CORSO _____
DATA CORSO _____
SEDE CORSO _____
COD.ECM _____

					Solo per i dipendenti (barrare la casella che interessa)	
N	cognome e nome	orario inizio docenza	orario fine docenza	Firma	docenza in orario di servizio	docenza fuori orario di servizio
1						
2						
3						
4						
5						

Firma del Responsabile Scientifico



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 8

Scheda Iscrizione per partecipante esterno senza oneri

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 6 di 38



(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 _____

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.

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 egli attestati ECM verranno inviati via mail.



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 9

Scheda Iscrizione partecipanti esterni ASL con oneri

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 7 di 38



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 _____

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.

data _____

Firma _____



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 9

Scheda Iscrizione partecipanti esterni ASL con oneri

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 8 di 38



Regione Toscana

FORMAZIONE IN SANITÀ



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 _____

codice fiscale 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 nell'edizione: _____

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 U.O.C. Formazione e Rapporti con l'Università la valutazione individuale di apprendimento con il punteggio riportato e la firma del Responsabile Scientifico

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

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



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 10

Scheda Relazione chiusura evento formativo

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 10 di 38



NO

SI

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)



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 11
Scheda Libretto discente Toj
PA-FORU-003

Rev. n. 3
14/11/2024
Pag. 11 di 38



TITOLO EVENTO:

cod. ECM

NOME COGNOME PARTECIPANTE

MATRICOLA

SEDE:

DATA INIZIO _____

DATA FINE _____

N° EDIZIONE _____



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. 090-203.

Premesso che il Provider Azienda USL Toscana Sud Est ha organizzato, (in collaborazione con _____), l'evento formativo accreditato a livello regionale n. _____, codice
edizione _____ denominato _____, tenutosi a
_____ il giorno/dal _____ al _____ per n. ore
_____ 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 sottoscritto Dott. Sergio Bovenga
delegato dal Rappresentante legale del Provider Azienda USL Toscana Sud Est

Verificata la presenza dell'Animatore di Formazione¹

ATTESTA che

Nome Cognome _____

in qualità di (specificare²) _____

Codice fiscale _____

ha acquisito:

N. _____ (cifre) _____ (lettere)

Crediti formativi per l'anno 20 _____ in data _____

Luogo, data (creazione attestato)

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)

¹ Per gli attestati di docenti e animatori sostituire la stringa "Verificato l'apprendimento del partecipante" con "Verificata la presenza del docente/animatore".

² Dipendente/libero professionista, professione e disciplina, partecipante reclutato/non reclutato, personale convenzionato



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. 090-203.

Premesso che il Provider Azienda USL Toscana Sud Est ha organizzato, (in collaborazione con _____), l'evento formativo accreditato a livello regionale n. _____, codice edizione _____ denominato _____, tenutosi a _____ il giorno/dal _____ al _____ per n. ore _____ 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 sottoscritto Dott. Sergio Bovenga,
delegato dal Rappresentante legale del Provider Azienda USL Toscana sud est

Verificata la presenza del docente¹
ATTESTA che

Nome Cognome _____

in qualità di (specificare²) _____

Codice fiscale _____

ha acquisito:
N. _____ (cifre) _____ (lettere)

Crediti formativi per l'anno 20 _____ in data _____

Luogo, data (creazione attestato)

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)

¹ Per gli attestati di docenti e animatori sostituire la stringa "Verificato l'apprendimento del partecipante" con "Verificata la presenza del docente/animatore".

² Dipendente/libero professionista, professione e disciplina, partecipante reclutato/non reclutato, personale convenzionato



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. 090-203.

Premesso che il Provider Azienda USL Toscana sud est ha organizzato, (in collaborazione con _____), l'evento formativo accreditato a livello regionale n. _____, codice edizione _____ denominato _____, tenutosi a _____ il giorno/dal _____ al _____ per n. ore _____ 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 sottoscritto Dott. Sergio Bovenga,
delegato dal Rappresentante legale del Provider Azienda USL Toscana Sud Est

Verificato l'apprendimento del partecipante¹

ATTESTA che

Nome Cognome _____

in qualità di (specificare²) _____

Codice fiscale _____

ha acquisito:

N. _____ (cifre) _____ (lettere)

Crediti formativi per l'anno 20 _____ in data _____

Luogo, data (creazione attestato)

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)

¹ Per gli attestati di docenti e animatori sostituire la stringa "Verificato l'apprendimento del partecipante" con "Verificata la presenza del docente/animatore".

² Dipendente/libero professionista, professione e disciplina, partecipante reclutato/non reclutato, personale convenzionato



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 15

Scheda Attestato Partecipante

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 15 di 38



Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Premesso che il Provider Azienda USL Toscana Sud Est ha organizzato, (in collaborazione con _____), l'evento formativo n. _____, codice edizione _____ denominato _____, tenutosi a _____ il giorno/dal _____ al _____ per n. ore _____ e avente come obiettivo formativo: _____

Il sottoscritto Dott. Sergio Bovenga,

delegato dal Rappresentante legale del Provider Azienda USL Toscana Sud Est

Verificata la presenza e l'apprendimento del partecipante¹ ATTESTA

che

Nome Cognome _____

Codice fiscale _____

ha partecipato con esito positivo nella/nelle data/e di _____

all'evento formativo.

Luogo, data (creazione attestato)

IL RAPPRESENTANTE LEGALE
(o delegato dal Rappresentante legale)

¹ Per gli attestati di docenti e animatori sostituire la stringa "Verificato l'apprendimento del partecipante" con "Verificata la presenza del docente/animatore"



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)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rilevazione dei conflitti di interessi del Responsabile scientifico | <input type="checkbox"/> doc. di identità |
| <input type="checkbox"/> Rilevazione dei conflitti di interessi dell'AdF | <input type="checkbox"/> doc. di identità |
| <input type="checkbox"/> Rilevazioni dei conflitti di interessi docente/moderatore/tutor | <input type="checkbox"/> 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 _____



UOC
Formazione
e Rapporti con
l'Università

Allegato 17

Scheda "Iscrizione partecipanti alla Robotica

PA-FORU-003

Rev. n. 3

14/11/2024

Pag. 17 di 38



Regione Toscana

FORMAZIONE IN SANITÀ



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 _____

Codice di fatturazione elettronica _____

 <p>Servizio Sanitario della Toscana</p> <p>UOC</p> <p>Formazione e Rapporti con l'Università</p>	<p style="text-align: center;">Allegato 17</p> <p style="text-align: center;">Scheda “Iscrizione partecipanti alla Robotica</p> <p style="text-align: center;">PA-FORU-003</p>	<p>Rev. n. 3</p> <p>14/11/2024</p> <p>Pag. 18 di 38</p>
--	---	---



Sa 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.

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