



SCHEDA PER LA PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO DI
FORMAZIONE SUL CAMPO (ANNO 2026)

Titolo della proposta formativa ... *L'Audit clinico come strumento per garantire l'appropriatezza clinica e organizzativa*

<p>Tipologia della proposta formativa (Vedi nota 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attività di training individualizzato <input type="checkbox"/> Partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, Gruppi di Miglioramento e Commissioni/Comitati <input checked="" type="checkbox"/> Audit Clinico e/o Assistenziale - PDTA <input type="checkbox"/> Partecipazione a ricerche
<p>Motivazione e rilevanza del progetto formativo (descrivere le motivazione che hanno condotto all'attivazione del progetto formativo; evidenziare se esistono problematiche o situazioni che possono trovare risposta o supporto nell'intervento formativo) (in alternativa allegare documento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Migliorare la pratica: produrre reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi; Sviluppare l'apertura al cambiamento; ✓ Fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante applicazione delle migliori pratiche evidence-based; ✓ Ascoltare i pazienti, comprendere e dare risposta alle loro aspettative; ✓ Sviluppare linee guida o protocolli locali; ✓ Ridurre al minimo errore o danni ai pazienti; ✓ Ridurre i reclami/risarcimenti
<p>Indicare l' Obiettivo formativo di Interesse Nazionale (tra quelli riportati nell'All. A) con cui l'evento proposto è coerente.</p>	

(finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie)	
Acquisizione competenze di sistema (finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari)	
Livello di acquisizione (indicare il livello di acquisizione degli obiettivi formativi)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Retraining <input checked="" type="checkbox"/> Sviluppo/Miglioramento <input type="checkbox"/> Alta complessità/Eccellenza
Tecniche didattiche previste	<input type="radio"/> Attività con supervisione nr.ore..... <input type="radio"/> Affiancamento nr.ore..... <input type="radio"/> Re-training nr.ore..... <input type="radio"/> Teledidattica nr.ore..... <input type="radio"/> Laboratorio di comunicazione clinica nr.ore..... <input type="radio"/> Ricerca ed organizzazione di documentazione nr.ore..... <input checked="" type="radio"/> X Lettura discussione in gruppo nr.ore...20 <input checked="" type="radio"/> X Analisi dei casi nr.ore20 <input type="radio"/> Redazione presentazione discussione di elaborati nr.ore..... <input type="radio"/> Dimostrazione tecniche con esecuzione diretta da parte dei partecipanti nr.ore.....
Programma dell'attività formativa	(allegare il Programma con : argomenti, orari, docenti/tutor)
Data inizio	(18/02/2026)
Data fine	(31/02/2026)
Sede evento	Auletta Multimediale Clinica Ostetrica
Professione o Professioni a cui si rivolge la proposta formativa	Medico (multidisciplinare) inferimeri e ostetriche
La proposta formativa prevede integrazione fra diverse professionalità	X <input type="checkbox"/> Sì. <input type="checkbox"/> No



Livello di acquisizione (indicare il livello di acquisizione degli obiettivi formativi)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Retraining <input checked="" type="checkbox"/> Sviluppo/Miglioramento <input type="checkbox"/> Alta complessità/Eccellenza
Tecniche didattiche previste	<input type="checkbox"/> Attività con supervisione nr.ore..... <input type="checkbox"/> Affiancamento nr.ore..... <input type="checkbox"/> Re-training nr.ore..... <input type="checkbox"/> Teledidattica nr.ore..... <input type="checkbox"/> Laboratorio di comunicazione clinica nr.ore..... <input type="checkbox"/> Ricerca ed organizzazione di documentazione nr.ore..... <input checked="" type="checkbox"/> X Lettura discussione in gruppo nr.ore.....20..... <input checked="" type="checkbox"/> X Analisi dei casi nr.ore.....20..... <input type="checkbox"/> Redazione presentazione discussione di elaborati nr.ore..... <input type="checkbox"/> Dimostrazione tecniche con esecuzione diretta da parte dei partecipanti nr.ore.....
Programma dell'attività formativa	(allegare il Programma con : argomenti, orari, docenti/tutor)
Data inizio	{01/01/2025}
Data fine	{31/12/2025}
Sede evento	Auletta multimediale Clinica Ostetrica
Professione o Professioni a cui si rivolge la proposta formativa	Medico (multidisciplinare) Infermieri e Ostetriche
La proposta formativa prevede integrazione fra diverse professionalità	<input checked="" type="checkbox"/> Sì. <input type="checkbox"/> No



L'iscrizione all'evento è aperta ai professionisti sanitari esterni all'ente organizzatore?	<input checked="" type="checkbox"/> X No <input type="checkbox"/> Si Se si <input type="checkbox"/> in forma gratuita <input type="checkbox"/> a pagamento tramite quota d'iscrizione di €.....
Numero partecipanti (per i Gruppi di lavoro/miglioramento, ecc e per Audit il numero di discenti non deve essere maggiore di 20)	Totale Partecipanti :30..... Partecipante per professione:

La proposta formativa prevede la presenza di:	<input checked="" type="checkbox"/> X Responsabile/i Scientifico/i (allegare cv europeo e codice fiscale) e Responsabile progetto Cognome...Guzzo Nome...Anna Santa..... Cognome...Rizzo..... Nome Giuseppe..... Cognome..... Nome..... <input type="checkbox"/> Docenti Cognome..... Nome..... Cognome..... Nome..... Cognome..... Nome..... <input type="checkbox"/> Coordinatore (con nota di incarico) Cognome...Guzzo Nome...Anna Santa..... <input type="checkbox"/> Tutor (con nota di incarico) Cognome...Tromba Nome...Valeria..... Cognome.....Chiantese..... Nome...Anna.....



Rapporto tutor-discenti (indicare il numero di tutor e discenti. Per attività di training individualizzato il rapporto tutor-discenti deve essere di 1:1, 1:2, max. 1:5)	Tutor: _____ Discenti: _____
Setting di Apprendimento	<u>Contesto di attività:</u> <input checked="" type="checkbox"/> Operativo (Es: Ospedaliero, Dipartimento Universitario, Territoriale, etc) Specificare..... <input type="checkbox"/> Extra-operativo (Es: Gruppi di lavoro/studio o di ricerca) <u>Livello di attività:</u> <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Di gruppo <input checked="" type="checkbox"/> Entrambi
	<u>Tipologia di attività:</u> <input checked="" type="checkbox"/> Osservativa <input type="checkbox"/> Esercitativa <input checked="" type="checkbox"/> Esecutiva-Operativa <input type="checkbox"/> Elaborativa, di studio o di ricerca
Materiali prodotti (una volta valutati dovranno essere presentati al Dipartimento per la loro validazione e la successiva sperimentazione)	<input checked="" type="checkbox"/> Verbali <input checked="" type="checkbox"/> Istruzioni operative <input checked="" type="checkbox"/> Procedure <input type="checkbox"/> Linee guida <input type="checkbox"/> Altro



Sistemi di valutazione delle attività	<p><u>Soggetto valutatore:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Autovalutazione <input type="checkbox"/> Valutazione tra pari <input type="checkbox"/> Valutazione da parte del Tutor <input checked="" type="checkbox"/> Valutazione da parte del responsabile del progetto</p> <p><u>Oggetto della valutazione:</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Competenze, capacità, abilità acquisita <input checked="" type="checkbox"/> Risultato operativo (report, relazione, studio, etc.)</p> <p><u>Verifica Apprendimento dei Partecipanti:</u> (si possono indicare una o più opzioni)</p> <p><input type="checkbox"/> QUESTIONARIO <input type="checkbox"/> ESAME ORALE <input checked="" type="checkbox"/> ESAME PRATICO <input type="checkbox"/> PROVA SCRITTA</p>
Tipo di materiale durevole rilasciato ai partecipanti	<p><input type="checkbox"/> Nessuno <input checked="" type="checkbox"/> Copia relazioni <input checked="" type="checkbox"/> Documentazione bibliografica <input type="checkbox"/> Ipertesti <input type="checkbox"/> Esercizi <input type="checkbox"/> Linee guida <input type="checkbox"/> CD Rom <input checked="" type="checkbox"/> Altro.....Report finale.....</p>
Costi Presunti	<p>Docenti Interni €..... Docenti Esterni €.....</p>
<i>(compilazione in collaborazione con Settore Formazione ECM)</i>	<p>Materiale Didattico €..... Organizzazione €..... Accreditamento Agenas €.....</p> <p>Totale €.....</p>

Data12 gennaio 2026.....

Timbro e Firma del Responsabile Scientifico e/o del Progetto

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Anna Santa Guzzo	Medico Chirurgo n. Ordine dei Medici di Roma n. 38398	Medicina Interna	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma- Viale del Policlinico 155, 00161, Roma, Italia E-mail: annasanta.guzzo@uniroma1.it Telefono: (+39) 0649979568 Telefono: (+39) 3665831538	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dal 2012 - Clinical Risk Manager dell'AOU Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma 2. Dal 2012 Componente del Comitato Valutazione Sinistri aziendale 3. Dal 2015 Componente del Comitato Controllo - Infezioni Correlate all'Assistenza 4. Dal 2013 Componente Centro Regionale Rischio Clinico Regione Lazio (già Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico) 5. Dal 2022 Componente del Consiglio dei Sanitari (carica elettiva) <p>FORMAZIONE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1986 Laurea in Medicina e Chirurgia con votazione 110/110 e lode <i>Sapienza Università di Roma</i> 2. 1991 Specializzazione in Medicina Interna con votazione 70/70 e lode <i>Sapienza Università di Roma</i> 3. 1990-1992 - Conseguito il tirocinio biennale teorico-pratico per la formazione specifica in medicina generale (D.I. 9/12/1988) 4. 1999 Corso di Formazione Manageriale per Medici Dirigenti "IPPOCRATE" <i>Scuola di Direzione Aziendale Università Bocconi, Milano</i> 5. 2004 Corso ECM "La gestione del rischio clinico" <i>Scuola Direzione Aziendale Università Bocconi, Milano</i> 6. 2004 Corso ECM "La funzione risk management nelle aziende sanitarie" <i>Scuola Direzione Aziendale (SDA) Università Bocconi, Milano</i> 7. 2004 Corso ECM "Risk Management" <i>Istituto Superiore di Sanità (ISS)</i> 8. 2006 Corso ECM "Prevenzione e gestione del Rischio Clinico" <i>Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio</i>

				<p>9. 2008 Corso FAD "SICURE" la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico. <i>Programma Nazionale per la Formazione Continua degli Operatori della Sanità, Ministero della Salute</i></p> <p>10. 2008-2009 Corso di Alta Formazione in "Economia e Management in Ospedale" <i>Sapienza Università di Roma</i></p> <p>11. 2010-2012 Master di 2° Livello "Clinical Risk Management" <i>Scuola Formazione Continua Università Campus Biomedico</i></p> <p>Responsabile scientifico dei corsi aziendali e progetti sulla gestione del rischio clinico e docente a corsi di laurea (medicina, dietistica, audioprotesi) scuole di specializzazione e master universitari</p>
--	--	--	--	--

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accredimento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa vigente: GDPR 679/2016, D.lgs 10/08/2018, n. 101.

Data: 2 aprile 2025

Firma:



NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Giuseppe Rizzo	Medico Chirurgo	Ostetricia e Ginecologia	Università Sapienza Roma Policlinico Umberto 1	<p><u>2024- Professore Ordinario Università sapienza Roma</u> <u>2021-2024 Professore Ordinario Università Roma Tor Vergata</u> <u>2017-2021 Professore Associato Università Roma Tor Vergata</u> <u>2025- Direttore ff UOC Ostetricia Policlinico Umberto 1</u> <u>2021-2024 Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia Policlinico Tor Vergata</u> <u>2017-2021 Direttore UOC Medicina Materno Fetale Ospedale Cristo Re 2017</u> Coordinatore del Corso Integrato di Ginecologia e Ostetricia Canale C e HT Università Sapienza Roma Docente a 14 corsi di laurea, Specializzazione Master Pubblicazioni da Scopus 459 H Index 58 citazioni >11700 Membro Fondatore ISUOG Presidente SIEOG (2015-2017) International Academy of Perinatal Medicine (full member) Società Cilena di Ecografia in Medicina e Biologia (membro onorario) Società Spagnola di Ecografia in Medicina e Biologia (membro onorario) Russian Association of Perinatal medicine (membro onorario) Vice presidente ASM Onlus Editor in Chief Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine Deputy Editor Prenatal cardiology Associate Editor Journal of Clinical Ultrasound (responsabile ostetricia e medicina perinatale) Frontiers Perinatology Editorial board 12 riviste internazionali con impact factor</p>

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa vigente: GDPR 679/2016, D.lgs 10/08/2018, n. 101.

Data : 22/08/2025

Firma: Giuseppe Rizzo

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Anna Chiantese	Infermiera	/	Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I	<ul style="list-style-type: none"> Gennaio 2021 - in corso Policlinico Umberto I Infermiera presso Uosd Risk Management e audit clinico Gennaio 2013- Gennaio 2021 Coop. Osa -Gennaio2016-Gennaio 2021 Dipartimento di Emergenza e Accettazione Policlinico Umberto I. Dicembre 2013-gennaio 2016 Dipartimento di Immunologia Clinica Policlinico Umberto I. Gennaio 2025 Master di I livello in MANAGEMENT E FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE Unitelma Sapienza Dicembre 2014 Master di I livello in Wound Care università degli studi di Roma "La Sapienza

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa vigente: **GDPR 679/2016, D.lgs 10/08/2018, n. 101.**

Data : 12/03/2025

Firma: Anna Chiantese

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Valeria Tromba	Medico Chirurgo	Pediatria	Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I	<p>Da ottobre 2021 in servizio presso Risk Management e Audit Clinico. Policlinico Umberto 1, "Sapienza" Università di Roma.</p> <p>Dal 01/09/ 2000 assunzione a tempo indeterminato presso la Clinica Pediatrica del Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma, con qualifica E.P.2 (elevate professionalità).</p> <p>Dal 30/03/1998 al 01/09/2000 incarico a tempo determinato presso il DEA pediatrico del Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma, in qualità di Collaboratore Tecnico, VII Qualifica Funzionale, Area tecnico-scientifica e socio-sanitaria.</p> <p>Dal 01/07/1997 al 18/02/1998 incarico a tempo determinato in qualità di Dirigente Medico di I livello presso l'A.S.L. di Viterbo, ospedale di Ronciglione</p> <p>2024 Master di II livello in Risk Management e Total Quality Management in Sanità, Università E-Campus</p> <p>2019 Master di II livello in Nutrizione Personalizzata. Basi genetiche e molecolari, Università di Tor Vergata</p> <p>2016 Master di II livello in Pneumologia Pediatrica. "Sapienza" Università di Roma</p>

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa vigente: GDPR 679/2016, D.lgs 10/08/2018, n. 101.

Data : 06/03/2025

Firma:

