

Azienda Sanitaria Proponete

Servizio Proponente

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo**

Titolo del Progetto:

**Appropriatezza Prescrittiva, Metodo RAO e Audit Clinico**

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?

SI *(cancellare la voce che non interessa)*

Dettaglio macro-tipologia corso

*(cancellare le voci che non interessano)*

- Formazione residenziale classica

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

*(cancellare le voci che non interessano)*

- Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali

| Durata in Ore: | N° partecipanti per edizione | Numero di edizioni | Data inizio Prima edizione | Data fine Prima edizione |
|----------------|------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|
| 16             | 20                           | 1                  | 19/01/2026                 | 20/01/2026               |

**Formazione residenziale interattiva**SI *(cancellare la voce che non interessa)*

Durata attività interattiva: \_\_12\_\_

**Luogo di Svolgimento**Città: SelargiusSede: ARES Sardegna – sala arancio

|                                                                                                                  |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI                                                                         | <b>Regionale</b><br><i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                       |
| EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI all'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?                                         | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA?                                                                | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO? | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE?                                       | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?                                                                                     | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE?                                                                | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?                                                                       | <b>SI</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>                                                 |
| IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI?                                                            | <b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa),<br/>se SI indicare i Rischi associati al corso</i> |

#### DOCENTI / RELATORI / MODERATORI

**RILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI:** Nazionale *(cancellare la voce che non interessa)*

| Nominativo (cognome e nome) | Argomento                                                                                                              | Ore previste di docenza | Nazionalità estera (SI/NO) |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Mariotti Giuliano           | Appropriatezza prescrittiva e Metodo RAO                                                                               | 4                       | NO                         |
| Reale Emanuela              | Appropriatezza prescrittiva e Metodo RAO                                                                               | 4                       | NO                         |
| Mura Daniela                | Privato accreditato: profili organizzativi e contrattuali, vincoli e opportunità per il governo delle liste d'attesa". | 1.30                    | NO                         |
| Ponticelli Andrea           | Il CUP regionale                                                                                                       | 2.30                    | NO                         |
| Murgia Michele              | Il CUP regionale                                                                                                       | 2.30                    | NO                         |
| Pizzo Francesca             | Il CUP regionale                                                                                                       | 2.30                    | NO                         |
| Fadda Costantina            | Metodologie di formazione nell'adulto                                                                                  | 8                       | NO                         |

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**Per ogni Docente/Relatore/Moderatore compilare e allegare l'Allegato A**

**Per ogni Docente/Relatore/Moderatore allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum**

#### RESPONSABILI SCIENTIFICI

| Nominativo (cognome e nome) | Argomento | Ore previste di docenza | Nazionalità estera (SI/NO) |
|-----------------------------|-----------|-------------------------|----------------------------|
| Minerba Luigi               |           |                         | no                         |

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**Per ogni Responsabile Scientifico compilare e allegare l'Allegato A**

Per ogni Responsabile Scientifico allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

#### TUTOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR? NO (cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

| Nominativo (cognome e nome) | Argomento | Ore previste di docenza | Nazionalità estera (SI/NO) |
|-----------------------------|-----------|-------------------------|----------------------------|
|                             |           |                         |                            |
|                             |           |                         |                            |
|                             |           |                         |                            |
|                             |           |                         |                            |
|                             |           |                         |                            |
|                             |           |                         |                            |
|                             |           |                         |                            |

aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni TUTOR compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni TUTOR allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

#### SPONSOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR? NO (cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

| RAGIONE SOCIALE | PARTITA IVA | LUOGO | QUOTA | TIPO CONTRATTO |
|-----------------|-------------|-------|-------|----------------|
|                 |             |       |       |                |
|                 |             |       |       |                |

#### FINANZIAMENTI

Il corso è realizzato con:

|                          |    |  |                         |    |
|--------------------------|----|--|-------------------------|----|
| finanziamento in proprio | 0% |  | finanziamenti esterni   | NO |
| finanziamento pubblico   | 0% |  | Quote di iscrizione     | 0% |
|                          |    |  | Sponsor commerciali     | 0% |
|                          |    |  | Sponsor non commerciali | 0% |

SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO

SI/NO (cancellare la voce che non interessa)

L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?

SI/NO (cancellare la voce che non interessa)

## SCELTA DEGLI OBIETTIVI

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo nazionale, cancellare tutte le voci che non interessano)

1. Appropriately prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia

## Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti

Descrivere le competenze che verranno acquisite dai partecipanti

- Acquisire competenze avanzate sull'appropriatezza prescrittiva e il Metodo RAO
- Ridurre la variabilità prescrittiva e migliorare la gestione delle priorità.
- Applicare correttamente il metodo RAO nella prescrizione e nell'erogazione.
- Saper condurre un audit clinico sull'appropriatezza

## Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

### Professioni Accreditate E.C.M.

- Medico Chirurgo

### Professioni NON Accreditate E.C.M.

- Dirigente Amministrativo
- Assistente Amministrativo

## Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

- Chirurgia Generale
- Chirurgia Vascolare
- Ematologia
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica

## METODI DIDATTICI

N.B. Nel conteggio delle ore non vanno considerati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 16 Minuti:

| Metodologie                                                                                                   | SI/NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Lezioni Magistrali                                                                                            |       |
| Serie di relazioni su tema preordinato                                                                        | SI    |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti                                                                      |       |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")                 | SI    |
| Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti                                     |       |
| Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)                         | SI    |
| Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto | SI    |
| Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche                           |       |
| Role - Playing                                                                                                | SI    |

#### MODALITÀ DI VERIFICA

##### Verifica presenza partecipanti:

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Firma di presenza

##### Verifica apprendimento

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

- Questionario con risposta aperta

#### TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

Indicare l'eventuale materiale rilasciato ai partecipanti

**Responsabile segreteria organizzativa**

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Indirizzo Segreteria organizzativa

Telefono Web Segreteria organizzativa

Numero di telefono Segreteria organizzativa

Email Segreteria organizzativa

**Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, del D. Lgs. n.101/2018 e del D.lgs. n.196/2003**

Il sottoscritto dichiara ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, del D. Lgs. n.101/2018 e del D.lgs. n.196/2003, di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

|                                                                                                                                               |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nome e cognome</b><br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | <b>Prof. Luigi Minerba</b> |
| <b>Firma</b><br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)          |                            |

**Se trattasi di un progetto Formativo non deliberato nel Piano Formativo Annuale  
è necessaria l'autorizzazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale proponente**

|                                                                              |              |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Nome e cognome</b><br>Direttore Generale<br><br>Azienda Sanitaria del SSR |              |
| <b>Firma</b><br><br>Direttore Generale                                       | Si autorizza |