



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



agenas.

Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 9226

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

NO

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

NO

Stato Evento:

PAGATO

1 Titolo del programma formativo

ASSISTENZA CHIRURGICA OSTETRICO-GINECOLOGICA – PERCORSO FORMATIVO RESIDENZIALE PER OSTETRICHE

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

FORMIA

2.4 Indirizzo

VIA APPIA LATO NAPOLI, 04023 FORMIA

2.5 Luogo Evento

AULA FORMATIVA OSPEDALE DI FORMIA

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2026

3.2 Data inizio

20/10/2026

3.3 Data fine

20/10/2026

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

6

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

COMPETENZE SPECIALISTICHE IN ASSISTENZA CHIRURGICA OSTETRICO-GINECOLOGICA: STRUMENTAZIONE, GESTIONE PERIOPERATORIA, TECNICHE DI SUTURA, STERILITÀ E RISK MANAGEMENT IN SALA OPERATORIA.

5.3 Acquisizione competenze di processo

VALUTAZIONE E CONFRONTO COLLEGIALE DELLE COMPETENZE MATURATE NEL PERCORSO DI AFFIANCAMENTO SUL CAMPO; INTEGRAZIONE TRA FORMAZIONE TEORICA ED ESPERIENZA PRATICA.

5.4 Acquisizione competenze di sistema

APPLICAZIONE DEI RIFERIMENTI NORMATIVI SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN C.O. (D.M. 740/1994, CODICE DEONTOLOGICO 2021, ORDINAMENTO DIDATTICO)

6 Programma dell'attività formativa

[Programma.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BARLONE	GERMANA	BRLGMN71R49D662I	DOCENTE
BEMBO	RENATO CIRO	BMBRTC66A31E131Z	DOCENTE
COSCARELLA	PIERA	CSCPRN60A52H501G	DOCENTE
DI PINTO	NADIA	DPNND A91C67A512B	DOCENTE
IAVARONE	CARLO	VRNCRL62T05C034X	DOCENTE
MATTIA	ELISABETTA	MTTLBT77C53H501M	DOCENTE

7 Crediti assegnati 9,6

8 Tipologia Evento CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE

8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni NON PRESENTE

8.2 Formazione Residenziale Interattiva PRESENTE

8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore) 6

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

9.1 Cognome RUBELE

9.2 Nome ROSANNA

9.3 Codice Fiscale RBLRNN88C49L219C

9.4 Telefono 07717791

9.5 Cellulare 3804612292

9.6 E-Mail R.RUBELE@AUSL.LATINA.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo Settoriale

Professione	Discipline
OSTETRICA/O	OSTETRICA/O;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
COSCARELLA	PIERA	CSCPRN60A52H501G	DIRIGENTE PROF. SAN. OSTETRICHE – ASL LATINA	c.v. coscarella europeo.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori NAZIONALE

13 Metodo di Insegnamento

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
- ROLE-PLAYING

14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

15 Quota di partecipazione? 0,00
(in euro)

16 Numero partecipanti previsti 8

17 Provenienza presumibile dei partecipanti LOCALE

18 Verifica presenza dei partecipanti

- FIRMA DI PRESENZA

19 Verifica apprendimento dei partecipanti ESAME PRATICO

20. Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti

• ESAME PRATICO

20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)

PRESENTAZIONI POWERPOINT (TEMPLATE ASL LATINA), SCHEDE DI VALUTAZIONE TECNICA, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO.

21 Sponsor**21.1 L'evento è sponsorizzato**

NO

21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento

NO

21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti[autocertificazione finanziamento.pdf](#)**22 L'evento si avvale di partner?**

NO

23 Dichiarazione Conflitto Interessi (obbligatoria in presenza di un partner)[conflitto interessi evento.pdf](#)**24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?**

SI

25 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016

SI

Indietro

Powered by [Aqe.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc. 97113690586 **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**