



REGIONE
LAZIO

E.C.M.



ESPOSITO Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Gestisci FSC

Formazione Sul Campo

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 3829

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

SI

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

NO

Stato Evento:

PAGATO

1 Titolo del programma formativo

TRIPLE/QUADRUPLE RULE OUT CON MDCT IN PAZIENTI CON DOLORE TORACICO

2 Sede

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

LATINA

2.4 Indirizzo

ASL LATINA

2.5 Luogo Evento

SEDI OSPEDALIERE ASL LATINA

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2021

3.2 Data inizio

05/02/2021 (gg/mm/aaaa)

3.3 Data fine

26/05/2021 (gg/mm/aaaa)

4 Durata effettiva dell'attività formativa
(in ore non frazionabili)

18

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based medicine
2 - Linee guida - protocolli - procedure
3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, professionali
4 - Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento
5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale
7 - La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso
8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
9 - Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera
10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

: GESTIONE STANDARDIZZATA, IN REGIME DI EMERGENZA/URGENZA, DI PAZIENTI CON DOLORE TORACICO ACUTO MEDIANTE "TRIPLE/QUADRUPLE RULE OUT CON MDCT"

5.3 Acquisizione competenze di processo

IL RECEPIMENTO DI PROCEDURE E PROTOCOLLI DA PARTE DEGLI SPECIALISTI, LO SVILUPPO E L' AMPLIAMENTO DELLE COMPETENZE IN TC DI MEDICI RADIOLOGI E TSRM OPERANTI NELLE DIAGNOSTICHE DI PRONTO SOCCORSO RENDONO ORGANICO E STANDARDIZZATO IL PROCESSO

5.4 Acquisizione competenze di sistema

MESSA IN ATTO DI LINEE GUIDA, IMPLEMENTAZIONE DI PROTOCOLLI E PROCEDURE

5.5 Livello di acquisizione

- ☐ BASE
☐ RETRAINING
☒ SVILUPPO / MIGLIORAMENTO
☐ ALTA COMPLESSITA' / ECCELLENZA

6 Programma dell'attività formativa
(max 4mb - allegare programma con breve curriculum vitae dei docenti)

Scegli file Nessun file selezionato  

6.1 Docenti e moderatori

Cognome

Nome

Codice Fiscale
(Obbligatorio solo per i cittadini Italiani)
 ☐ Straniero

Ruolo
☐ DOCENTE ☐ TUTOR ☐ RELATORE ☐ MODERATORE

Aggiungi

Annulla

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo	Elimina
ASCARELLI	ADRIANO	SCRDRN71R15H501C	DOCENTE	
BARBERI	ANTONIO	BRBNTN69P22E472M	DOCENTE	
BORDGIGNON	FEDERICA	BRDFRC93D54E472F	TUTOR	
CALDON	VANESSA	CLDVSS72M48L120S	TUTOR	
CHECCHINATO	MATTEO	CHCMTT88M18A341I	TUTOR	
DE PAOLA	MARIA GRAZIA	DPLMGR89A57E472Q	DOCENTE	
GAMBARETTO	CHIARA	GMBCHR82S65E472K	DOCENTE	
IACOBONE	VALENTINA	CBNVNT82E44E472Y	TUTOR	
IORIO	RICCARDO	RIORCR89C19H501L	DOCENTE	
LIBERATI	QUIRINO	LBRQRN72L22L719A	DOCENTE	
MEZZOTTA	FRANCESCO	MZZFNC92B20H501J	TUTOR	
PATREI	ANNALISA	PTRNLS77L56E472I	DOCENTE	
VALENTI	VALENTINA	VLNVNT80T60A783R	DOCENTE	
VAUDO	SABRINA	VDASRN78H63D708R	DOCENTE	

7 Crediti assegnati
(assegnazione automatica dal sistema alla validazione dell'evento)

23,4

8 Tipologia Evento

- ☐ TRAINING INDIVIDUALIZZATO
☒ GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
☐ ATTIVITÀ DI RICERCA

8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento

- ☒ GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO
☐ COMITATI AZIENDALI PERMANENTI
☐ COMMISSIONI DI STUDIO
☐ COMUNITA' DI APPRENDIMENTO O DI PRATICA
☐ AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE
☐ PDTA INTEGRATI E MULTIPROFESSIONALI

8.2 Redazione di un documento conclusivo
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

- ☐ Si ☒ No

8.3 Partecipazione di un docente/tutor, esterno al 'Gruppo di miglioramento', che validi le attività del gruppo

- ☒ Si ☐ No

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

9.1 Cognome

SUBIACO

9.2 Nome

ROBERTA

9.3 Codice Fiscale

SBCRRT83M71E472E

9.4 Telefono

3294068649

9.5 Cellulare

3294068649

9.6 E-Mail

R.SUBIACO@AUSL.LATINA.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

☐ Generale (Tutte le professioni)

☒ Settoriale

Professione	Discipline
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA;
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMAL; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIOLOGIA DIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; CURE PALLIATIVE; EPIDEMIOLOGIA; MEDICINA DI COMUNITÀ; MEDICINA SUBACQUEA E IPERBARICA;

ASSISTENTE SANITARIO

Visualizza Discipline

11 Responsabili Scientifici

11.1 Cognome

11.2 Nome

11.3 Codice Fiscale

(Obbligatorio solo per i cittadini Italiani)

☐ Straniero

11.4 Qualifica

11.5 Curriculum Vitae

Scegli file

Nessun file selezionato

Aggiungi

Annulla

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	Modifica	Elimina
BARBERI	ANTONIO	BRBNTN69P22E472M	MEDICO RADIOLOGO	Barberi antonio.pdf		
GAMBARETTO	CHIARA	GMBCHR82S65E472K	TSRM	Gambaretto chiara.pdf		

12 Setting di apprendimento

12.1 Contesto di attività

☒ Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)

☐ Extra-operativo (Es: Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di Ricerca)

12.2 Livello di attività	☒ Individuale ☐ Di gruppo ☐ Entrambi
12.3 Tipologia di attività	☐ Osservativa ☐ Esercitativa ☒ Esecutiva-Operativa ☐ Elaborativa, di studio o di ricerca
13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?	☐ Sì ☒ No
14 Rapporto tutor-discente (es. se vi è 1 tutor per ogni 3 discenti, indicare 1 nel campo Tutor e 3 nel campo Discenti. E' obbligatorio solo per le Attività di training individualizzato)	
14.1 Tutor	1
14.2 Discenti	2
15 Quota di partecipazione? (in euro)	0,00
16 Numero partecipanti previsti	80
17 Verifica presenza dei partecipanti	☒ FIRMA DI PRESENZA ☒ SISTEMA ELETTRONICO A BADGES ☐ PARTECIPAZIONE / PRESENZA TRA I NOMINATIVI DEGLI INVESTIGATORI APPROVATA DAL COMITATO ETICO (RICERCA)
18 Sistemi di valutazione delle attività	
18.1 Soggetto valutatore	☐ Autovalutazione ☐ Valutazione tra pari ☒ Valutazione da parte del Tutor ☐ Valutazione da parte del responsabile del progetto
18.2 Oggetto della valutazione	☒ Competenza, capacità, abilità acquisita ☐ Risultato operativo(report, relazione, studio, etc.)
18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti	☒ QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA ☐ ESAME ORALE ☐ ESAME PRATICO ☐ QUESTIONARIO A RISPOSTA APERTA ☐ QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA ONLINE ☐ PRODUZIONE/ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO ☐ REALIZZAZIONE DI UN PROGETTO
19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)	DISPENSE
20 Sponsor	
20.1 L'evento è sponsorizzato	☐ Sì ☒ No
20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento	☐ Sì ☒ No
20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti	Scegli file Nessun file selezionato   Modello
21 L'evento si avvale di partner?	☐ Sì ☒ No
22 Dichiarazione Conflitto Interessi	Scegli file Nessun file selezionato   Modello
23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?	☒ Sì ☐ No
24	

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

☐ Sì ☒ No

Salva

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

