



REGIONE  
LAZIO

E.C.M.



agenas.s.

Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Formazione sul campo

## Formazione Sul Campo

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 6298

**Edizione n°** 2

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?**

**SI**

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

**NO**

**Stato Evento:**

**PAGATO**

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 Titolo del programma formativo</b>                                         | SISTEMI VENOSI PERIFERICI: INDICAZIONI E CORRETTA GESTIONE (CORSO BASE)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>2 Sede</b>                                                                   | ITALIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>2.1 Regione</b>                                                              | LAZIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>2.2 Provincia</b>                                                            | LATINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>2.3 Comune</b>                                                               | LATINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>2.4 Indirizzo</b>                                                            | OSPEDALE SANTA MARIA GORETTI PALAZZINA DIREZIONALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>2.5 Luogo Evento</b>                                                         | AULE AZIENDALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>3 Periodo di svolgimento</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>                              | 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>3.2 Data inizio</b>                                                          | 23/04/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>3.3 Data fine</b>                                                            | 23/04/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>4 Durata effettiva dell'attività formativa<br/>(in ore non frazionabili)</b> | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>5 Obiettivi dell'evento</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>5.1 Obiettivo formativo</b>                                                  | 20 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali                                                               |
| <b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>                        | L CORSO ALTAMENTE FORMATIVO E PRATICO OFFRE LA POSSIBILITÀ AL PARTECIPANTE DI ESERCITARSI SULLE PRATICHE MAGGIORMENTE UTILIZZATE PER GLI ACCESSI VENOSI PERIFERICI E CENTRALI NELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN PARTICOLARE RIESAMINANDO I CRITERI DI SCELTA, DI INSERZIONE E DI MANTENIMENTO DEI DIVERSI DISPOSITIVI.                                      |
| <b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>                                  | IL PROGETTO DI FORMAZIONE INTENDE FORNIRE AI DIPENDENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE UN CORREDO DI SAPERI, STRUMENTI CONCETTUALI E TECNICHE, PER DARE UNA ADEGUATA CONOSCENZA E UNA PIÙ AMPIA VISIONE DEL PRO-PRIO RUOLO, NELLA CORRETTA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI PERIFERICI, CON L'OBIETTIVO DI MIGLIORARE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL PROCESSO. |
| <b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>                                   | L'ACQUISIZIONE ED IL MIGLIORAMENTO DELLE COMPETENZE DEGLI ATTI SANITARI LEGATI ALLA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI PERIFERICI, HA LO SCOPO DI OPERARE IL MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DEI PAZIENTI, ADOTTANDO NUOVI COMPORTAMENTI E NUOVI ATTEGGIAMENTI AL FINE DI                                                                             |

MIGLIORARE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DELL'ATTO SA-NITARIO IN UN CONTESTO INTERDISCIPLINARE.

- 5.5 Livello di acquisizione

SVILUPPO / MIGLIORAMENTO
- 5.6 Tematica speciale

INFEZIONE DA CORONAVIRUS 2019-nCoV
- 5.7 Durata delle sessioni sulle tematiche  
(in ore non frazionabili)

3
- 6 Programma dell'attività formativa

[programma\\_Corso Sistemi venosi periferici 2024.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

| Cognome     | Nome    | Codice Fiscale   | Ruolo   |
|-------------|---------|------------------|---------|
| BARLONE     | GERMANA | BRLGMN71R49D662I | DOCENTE |
| DAMIANO     | MATTEO  | DMNMTT86T04E472B | DOCENTE |
| DEL FERRARO | STELLA  | DLFSL85L58L719K  | DOCENTE |
| FRANZESE    | ERRICO  | FRNRRC60C27D708Z | DOCENTE |
| MATTEI      | ENRICO  | MTNRC65R12L120S  | DOCENTE |
| PALOMBI     | ANDREA  | PLMNDR83M27E472X | DOCENTE |
| PECORILLI   | SONIA   | PCRSNO69T66E472T | TUTOR   |

- 7 Crediti assegnati

19,2
- 8 Tipologia Evento

GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
- 8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento

GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO
- 8.2 Redazione di un documento conclusivo  
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

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

No
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa
- 9.1 Cognome

PECORILLI
- 9.2 Nome

SONIA
- 9.3 Codice Fiscale

PCRSNO69T66E472T
- 9.4 Telefono

07736553959
- 9.5 Cellulare

3667172097
- 9.6 E-Mail

S.PECORILLI@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

| Professione | Discipline  |
|-------------|-------------|
| INFERMIERE  | INFERMIERE; |

11 Responsabili Scientifici

| Cognome  | Nome     | Codice Fiscale   | Qualifica                       | Curriculum Vitae                                                                      |
|----------|----------|------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| DI MAURO | SILVIANO | DMRSVN62C31L120D | DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE | <a href="#">CV Di Mauro Silvano formato europeo aggiornato al 31 gennaio 2022.pdf</a> |
| MATTEI   | ENRICO   | MTNRC65R12L120S  | CPSI                            | <a href="#">Curriculum Mattei Enrico.pdf</a>                                          |

12 Setting di apprendimento

- 12.1 Contesto di attività

Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
- 12.2 Livello di attività

Di gruppo
- 12.3 Tipologia di attività

Esecutiva-Operativa
- 13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?

NO

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>14 Rapporto tutor-discente</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |
| 14.1 Tutor                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                                                                         |
| 14.2 Discenti                                                                                                                                                                                                                                                              | 2                                                                                                         |
| <b>15 Quota di partecipazione?</b><br>(in euro)                                                                                                                                                                                                                            | 0,00                                                                                                      |
| <b>16 Numero partecipanti previsti</b>                                                                                                                                                                                                                                     | 30                                                                                                        |
| <b>17 Verifica presenza dei partecipanti</b>                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>FIRMA DI PRESENZA</li> <li>SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li> </ul> |
| <b>18 Sistemi di valutazione delle attività</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |
| 18.1 Soggetto valutatore                                                                                                                                                                                                                                                   | Valutazione da parte del responsabile del progetto                                                        |
| 18.2 Oggetto della valutazione                                                                                                                                                                                                                                             | Competenza, capacità, abilità acquisita                                                                   |
| 18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ESAME ORALE</li> </ul>                                             |
| <b>19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti</b><br>(facoltativo)                                                                                                                                                                                              | INVIO ONLINE DI DISPENSE INERENTI AGLI ARGOMENTI TRATTATI                                                 |
| <b>20 Sponsor</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |
| 20.1 L'evento è sponsorizzato                                                                                                                                                                                                                                              | NO                                                                                                        |
| 20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento                                                                                                                                                                                                                            | NO                                                                                                        |
| 20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">autocertificazione finanziamento.pdf</a>                                                      |
| <b>21 L'evento si avvale di partner?</b>                                                                                                                                                                                                                                   | NO                                                                                                        |
| <b>22 Dichiarazione Conflitto Interessi</b><br>(obbligatoria in presenza di un partner)                                                                                                                                                                                    | <a href="#">conflitto interessi evento.pdf</a>                                                            |
| <b>23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>                                                                                                                                                                                                        | SI                                                                                                        |
| <b>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</b> | SI                                                                                                        |

Indietro