

Corso accreditato al  
Sistema di Educazione  
Continua in Medicina

**35 crediti ECM**



**Fondazione  
Don Carlo Gnocchi  
Onlus**

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# **Corso PRELIEVI**

## capillari e venosi



***Dicembre 2023 – Febbraio 2024***

Formazione blended  
**Prelievo venoso tra corretta  
tecnica ed attuali evidenze  
scientifiche**

## PRESENTAZIONE DEL CORSO

La Direttiva dell'ex Ministro Sirchia DIR/III/BIQU/OU10014/2002 del 8/7/2002 prevede che i Biologi possano eseguire i prelievi capillari e venosi, previa partecipazione a corsi formativi per l'acquisizione delle necessarie informazioni teorico-pratiche.

(Nella fattispecie per la regione LOMBARDIA si fa riferimento al "DGR-n-2672 del 16.12.2019")

### Obiettivo generale

L'evento formativo si propone di far acquisire ai discenti le conoscenze/competenze, in linea con le attuali evidenze scientifiche disponibili in materia, relative alla tecnica necessaria per eseguire un prelievo venoso e capillare, con particolare attenzione alla gestione delle possibili complicanze durante e dopo l'esecuzione della venipuntura, alle procedure relative alla gestione dei campioni biologici, dal prelievo alla corretta conservazione.

### Obiettivi didattico-formativi

Alla fine del corso il discente:

- conoscerà le tecniche relative alla corretta procedura del prelievo ematico.
- maturerà consapevolezza relativamente al ruolo, con particolare attenzione agli strumenti da utilizzare ed alla relazione con l'utente, sviluppando un approccio *problem solving* nei suoi confronti, quando necessario.
- Consoliderà le competenze relative alle azioni di primo soccorso da attuare nel caso di eventi avversi e/o complicanze

### Destinatari

Tutti i Biologi iscritti all'Ordine in possesso OBBLIGATORIAMENTE di SPECIALIZZAZIONE (secondo DGR-n-2672 del 16.12.2019)

### Per quanto riguarda gli specializzati in:

- "Scienza dell'alimentazione" (durata 4 anni),
- "Farmacologia e Tossicologia Clinica" (durata 4 anni);

(I Biologi in possesso di queste due ultime scuole di specializzazione, al momento, non potranno comunque svolgere tale attività fino alla formalizzazione di atti deliberativi da parte delle istituzioni preposte.

Obbligatorio è inserire nel modulo di autocertificazione in ultima pagina a questa brochure, il tipo di specializzazione del quale si è in possesso. I posti destinati al corso sono max.50 in base all'ordine di iscrizione completa di pagamento della quota di partecipazione)

**La partecipazione al Corso prelievi garantirà in ogni caso i crediti ECM previsti.**

**Seppur la FAD inizia il 1 dicembre potrete iscrivervi al corso entro e non oltre il 20 dicembre, ⚠ attenzione però la scadenza per ultimare la parte in fad del corso permane per tutti quella esposta in locandina. Ma riteniamo vi sia tempo sufficiente per seguirla ed ultimarla.**

### Sede Parte pratica

presso **OBL** V.le Milanofiori Strada 1 PALazzinaF1 20057 Milanofiori Assago (MI)

### Training

presso **IRCCS Santa Maria Nascente**, via Capecelatro, 66 Milano,

**Istituto Palazzolo**, via don Luigi Palazzolo, 21 Milano e altre sedi da definire sul territorio Lombardo.

### Responsabili scientifici:

Dr Rossetto Rudy Alexander, Dr.ssa Sponton Anna

### Docenti:

- Dr.ssa Bedoni Marzia
- Dr.ssa De Pascalis Tatiana
- Dr.ssa Miggiano Chiara
- Dr.ssa Sponton Anna

## STRUTTURA DEL CORSO

### PROGRAMMA FAD

ARGOMENTO	DOCENTE
APERTURA CORSO	Dr. Rossetto Dr.ssa Bedoni
APPROCCIO ALLA PERSONA: accoglienza e anamnesi	Dr.ssa Sponton
LE VARIABILI PREANALITICHE CHE INFLUISCONO SULL'ATTENDIBILITA' DEI RISULTATI: Biologiche, legate allo stile di vita e allo stato di salute/malattia, legata alla tecnica ed ai dispositivi utilizzati	Dr.ssa Miggiano
PRINCIPI GENERALI DELLA VENIPUNTURA: - vene utilizzabili per il prelievo venoso - sistemi chiusi per il prelievo di sangue - sequenza di aspirazione - la procedura (video) - principali problemi correlati al prelievo venoso - casi particolari	Dr.ssa De Pascalis Dr.ssa Sponton
<b>PRIMO TEST ECM</b>	

### PROGRAMMA PARTE PRATICA: 8.30-13.30

ARGOMENTO	DOCENTE
BRIEFING : Presentazione Check list e metodologia di apprendimento tramite simulazione	• Dr.ssa Sponton • Dr.ssa Miggiano • Dr.ssa De Pascalis
Simulazione casi e sperimentazione su manichino di prelievi venosi	
DEBRIEFING : Vissuto esperienziale in plenaria	
<b>SECONDO TEST ECM</b>	

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

AKESIOS

## ECM

Crediti assegnati: 35

Il corso è stato accreditato al Sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) Nazionale per le tutte le professioni sanitarie.

## MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E DI VERIFICA DEL CORSO:

- FAD con contenuti teorico- normativi (4 ore) propedeutica per accedere alla parte pratica, previo il superamento del primo test ECM.
- Parte pratica: simulazione in aula (5 ore) con autovalutazione della attività 12 GENNAIO 2024 (5 ore, dalle 8.30 alle 13.30), con secondo test ECM online.
- Training: 15 ore, dal 15 GENNAIO al 29 FEBBRAIO dalle 7.30 alle 10.30 per 5 giorni consecutivi (Affiancamento one-to-one con infermiera addetta ai prelievi)
- Al termine i tutor comunicheranno ad Akesios Group l'esito e solo a quel punto potranno essere conferiti i 35 crediti ECM.

## MODALITA' DI ISCRIZIONE

È possibile iscriversi compilando il modulo che si trova in fondo alla pagina.

Precisiamo inoltre che il completamento dell'iscrizione è subordinato al pagamento della quota di partecipazione.

Di seguito i dettagli per il versamento della quota:

**IBAN:** IT02R0306909606100000192716 (Banca Intesa San Paolo)

**INTESTATARIO:** Ordine dei Biologi della Lombardia

**QUOTA:** 250€

**CAUSALE:** NOME + COGNOME + titolo del corso

Il modulo d'iscrizione dopo essere stato compilato, la ricevuta di avvenuto pagamento e modulo di autocertificazione SCUOLA di SPECIALIZZAZIONE, dovranno esser inviati tramite PEC a:

**[protocollo.ordinebiologilombardia@pec.it](mailto:protocollo.ordinebiologilombardia@pec.it)**

## MODULO ISCRIZIONE CORSO

## “PRELIEVI, capillari e venosi”

TITOLO	NOME	COGNOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>COMUNE DI NASCITA</b>		<b>PROVINCIA DI NASCITA</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>DATA DI NASCITA</b>		<b>CODICE FISCALE</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>VIA (RESIDENZA)</b>		<b>CITTÀ (RESIDENZA)</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>PROVINCIA (RESIDENZA)</b>		<b>CAP</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>EMAIL</b>		<b>TELEFONO</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>CELLULARE</b>		<b>AZIENDA, ISTITUTO, ENTE</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>STATO OCCUPAZIONALE</b>		<b>SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>PROFESSIONE</b>		<b>ORDINE PROFESSIONALE</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>NUMERO ISCRIZIONE</b>		<b>PROVINCIA</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Desideri ricevere la nostra newsletter con la segnalazione di nuovi corsi ed iniziative?

Acconsento  Non acconsento

Consenso al trattamento dei dati personali Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa. L'eventuale rifiuto nel consentire il trattamento dei dati comporta l'impossibilità di usufruire del servizio richiesto dall'utente.

Acconsento  Non acconsento

NB: Si riceverà un'email di conferma dell'iscrizione all'indirizzo indicato nel modulo

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DEL TITOLO DI STUDIO  
(ART. 46 e 46, D.P.R. N. 445/00)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;  
sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

di avere conseguito il seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_  
nell'anno scolastico \_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con sede  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) e di aver riportato la seguente votazione \_\_\_/\_\_\_.

Dichiara inoltre che la durata legale del corso è di anni \_\_\_\_\_.

Luogo e Data Il dichiarante \_\_\_\_\_

---

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.