



**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° 8946

Edizione n° 2

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

ADDESTRAMENTO PRATICO ALLA VESTIZIONE (DONNING) E SVESTIZIONE (DOFFING) DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) PER LA GESTIONE DI CASI SOSPET

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

FORMIA

2.4 Indirizzo

VIA APPIA LATO NAPOLI, 04023 FORMIA NA

2.5 Luogo Evento

PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI FORMIA

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2026

3.2 Data inizio

06/08/2026

3.3 Data fine

06/08/2026

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

4

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

FORMAZIONE PER OPERATORI CHE POSSANO ESSERE POTENZIALMENTE COINVOLTI NELLA GESTIONE DI CASI SOSPETTI RELATIVAMENTE ALLE PROCEDURE DI VESTIZIONE E SVESTIZIONE DEI DPI, CONSIDERATE UNO DEI MOMENTI A MAGGIOR RISCHIO DI CONTAMINAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO.

5.3 Acquisizione competenze di processo

APPLICARE CORRETTAMENTE LE PROCEDURE DI VESTIZIONE E SVESTIZIONE DEI DPI SECONDO I PROTOCOLLI VIGENTI, GARANTENDO LA SICUREZZA DELL'OPERATORE E LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO NELLA GESTIONE DEI CASI SOSPETTI DI EBOLA.

5.4 Acquisizione competenze di sistema

RAFFORZARE LA CAPACITÀ DELL'OPERATORE DI APPLICARE I PROTOCOLLI ORGANIZZATIVI E DI COLLABORARE CON LA STRUTTURA DI RIFERIMENTO AZIENDALE (UOC MALATTIE INFETTIVE) E REGIONALE (INMI SPALLANZANI)

6 Programma dell'attività formativa

[ilovepdf_merged \(12\).pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DE MARCHIS	FULVIO	DMRFLV70P03E472F	TUTOR
DE MARCHIS	LOREDANA	DMRLDN77E44E472Z	DOCENTE
DEL BORGO	COSMO	DLBCSM67H27D708L	DOCENTE
KERTUSHA	BLERTA	KRTBRT90D44Z100Y	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 5,2
- 8 Tipologia Evento** CORSO PRATICO PER LO SVILUPPO DI ESPERIENZE ORGANIZZATIVO-GESTIONALI
- 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** NON PRESENTE
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** LOVATO
- 9.2 Nome** MATTEO
- 9.3 Codice Fiscale** LVTMTT88L16E472A
- 9.4 Telefono** 3406166841
- 9.5 Cellulare** 3406166841
- 9.6 E-Mail** M.LOVATO@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	MALATTIE INFETTIVE;
INFERMIERE	INFERMIERE;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DEL BORGO	COSMO	DLBCSM67H27D708L	INFETTIVOLOGO, OSPEDALE SMG LATINA	CV modello-AGENAS del borgo.pdf

- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento**
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI
- 15 Quota di partecipazione?**
(in euro) 0,00
- 16 Numero partecipanti previsti** 12
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE
- 18 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
 - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti**
- ESAME PRATICO
 - QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA

- 20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)**
- 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 [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc. 97113690586 **AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**