



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



agenas.

ESPOSITO 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° 3769

Edizione n° 3

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	MONITORAGGIO EMODINAMICO CRUENTO		
2 Sede	ITALIA		
2.1 Regione	LAZIO		
2.2 Provincia	LATINA		
2.3 Comune	FORMIA		
2.4 Indirizzo	VIA APPIA LATO NAPOLI		
2.5 Luogo Evento	OSPEDALE DI FORMIA REPARTO RIANIMAZIONE		
3 Periodo di svolgimento			
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento	2020		
3.2 Data inizio	01/12/2020		
3.3 Data fine	02/12/2020		
4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili)	9		
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	CONTENUTI TECNO PROFESSIONALE CONOSCENZE E COMPETENZE		
5.3 Acquisizione competenze di processo			
5.4 Acquisizione competenze di sistema			
5.5 Livello di acquisizione	SVILUPPO / MIGLIORAMENTO		
6 Programma dell'attività formativa	Programma corso Orezzi_4_.pdf		
6.1 Docenti e moderatori			
	Cognome	Nome	Codice Fiscale
	OREZZI	BARBARA	RZZBRR81E55H501L
	PANZANELLA	LINDA	PNZLND76E63F224J
			Ruolo
			DOCENTE
			DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 11,7
- 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** PANZANELLA
- 9.2 Nome** LINDA
- 9.3 Codice Fiscale** PNZLND76E63F224J
- 9.4 Telefono** 0771779783
- 9.5 Cellulare** 3388076406
- 9.6 E-Mail** L.PANZANELLA@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Generale (Tutte le professioni)

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
OREZZI	BARBARA	RZZBBR81E55H501L	DIRIGENTE MEDICO	orezzi.pdf

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**14 Rapporto tutor-discente**

- 14.1 Tutor**
- 14.2 Discenti**

15 Quota di partecipazione?
(in euro) 0,00**16 Numero partecipanti previsti** 8**17 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

18 Sistemi di valutazione delle attività

- 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**
- QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA

19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti
(facoltativo)**20 Sponsor**

- 20.1 L'evento è sponsorizzato** NO

20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento

NO

20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti[autocertificazione finanziamento.pdf](#)**21 L'evento si avvale di partner?**

NO

22 Dichiarazione Conflitto Interessi[conflitto interessi evento.pdf](#)**23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?**

SI

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

SI

[Indietro](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

The logo for Agena.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) features the text 'agenas.' in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized graphic of three curved lines in blue and orange. To the right, the full name 'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI' is written in a smaller, uppercase font.