


**REGIONE
LAZIO**
E.C.M.

agenas.

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° 7649

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

SISTEMI VENOSI PERIFERICI: INDICAZIONI E CORRETTA GESTIONE (CORSO BASE)

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

LATINA

2.4 Indirizzo

VIA CANOVA, 04100 LATINA

2.5 Luogo Evento

AULE AZIENDALI

3 Periodo di svolgimento
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2025

3.2 Data inizio

15/05/2025

3.3 Data fine

15/05/2025

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

6

5 Obiettivi dell'evento
5.1 Obiettivo formativo

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

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

IL 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.

5.3 Acquisizione competenze di processo

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.

5.4 Acquisizione competenze di sistema

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 SANITARIO 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 evento formativo.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BARLONE	GERMANA	BRLGMN71R49D662I	DOCENTE
DAMIANO	MATTEO	DMNMTT86T04E472B	DOCENTE
MATTEI	ENRICO	MTTNRC65R12L120S	DOCENTE
PALOMBI	ANDREA	PLMNDR83M27E472X	DOCENTE

7 Crediti assegnati 15,6

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) No

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	
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 DELL'ARIABILITAZIO	CV Di Mauro Silvano formato europeo aggiornato al 31 gennaio 2022.pdf

12 Setting di apprendimento

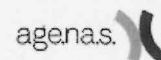
12.1 Contesto di attività	Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
12.2 Livello di attività	Di gruppo
12.3 Tipologia di attività	Esecutiva-Operativa

13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative? NO

14 Rapporto tutor-discente

14.1 Tutor	1
14.2 Discenti	2

- 15 Quota di partecipazione?**
(in euro) 0,00
- 16 Numero partecipanti previsti** 15
- 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**
- ESAME ORALE
- 19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti**
(facoltativo) INVIO ONLINE DI DISPENSE INERENTI AGLI ARGOMENTI TRATTATI
- 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**
(obbligatoria in presenza di un partner) [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](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI