



**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° 8491

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	CORSO DI FORMAZIONE PER TUTOR CLINICI - CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA Q - I EDIZIONE		
2 Sede	ITALIA		
2.1 Regione	LAZIO		
2.2 Provincia	LATINA		
2.3 Comune	LATINA		
2.4 Indirizzo	CORSO DELLA REPUBBLICA, 79		
2.5 Luogo Evento	UNIVERSITA SAPIENZA POLO PONTINO		
3 Periodo di svolgimento			
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento	2026		
3.2 Data inizio	25/02/2026		
3.3 Data fine	05/03/2026		
4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili)	11		
5 Obiettivi dell'evento			
5.1 Obiettivo formativo	12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure		
5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE		
5.3 Acquisizione competenze di processo	ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE		
5.4 Acquisizione competenze di sistema	LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT		
5.5 Livello di acquisizione	SVILUPPO / MIGLIORAMENTO		
6 Programma dell'attività formativa	Programma corso tutor Infermieristica.pdf		
6.1 Docenti e moderatori			
	Cognome	Nome	Codice Fiscale
	CAROCCI	LAURA	CRCLRA69E66L120K
			Ruolo
			DOCENTE

GALEOTO	GIOVANNI	GLTGNN84P19L049I	DOCENTE
MASSIMI	AZZURRA	MSSZRR83M66L182B	DOCENTE
RUOTOLO	ILARIA	RTLLRI96M48B963F	DOCENTE

7 Crediti assegnati 11

8 Tipologia Evento GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO

8.2 Redazione di un documento conclusivo No
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

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 MACCHIARULO

9.2 Nome GERMANA

9.3 Codice Fiscale MCCGMN76A67E472E

9.4 Telefono 07736551

9.5 Cellulare 07736553480

9.6 E-Mail G.MACCHIARULO@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
GALEOTO	GIOVANNI	GLTGNN84P19L049I	DIRIGENTE AREA RIABILITATIVA PROFESSIONI SANITARIE	Galeoto Curriculum (4).pdf
LOMBARDI	ASSUNTA	LMBSNT64B45D708S	DIRIGENTE MEDICO	CV ASSUNTA LOMBARDI ultimo.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? 0,00
(in euro)

16 Numero partecipanti previsti 80

17 Verifica presenza dei partecipanti • FIRMA DI PRESENZA

18 Sistemi di valutazione delle attività

18.1 Soggetto valutatore

Valutazione da parte del responsabile del progetto

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">• ESAME PRATICO
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 (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

The logo for Agena.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) features the text "age.na.s." in a lowercase, sans-serif font. To its right is a stylized graphic element consisting of two curved lines, one blue and one orange, forming a shape reminiscent of a person or a signal. Further to the right, the full name "AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI" is written in a smaller, uppercase, sans-serif font.