



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



agenas.s.

ESPOSITO Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 1334

**Edizione n°** 1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?** NO

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** NO

**Stato Evento:** VALIDO

**1 Titolo del programma formativo** BASI PER L'APPROCCIO PER PROCESSI

**2 Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** LATINA

**2.3 Comune** LATINA

**2.4 Indirizzo** VIA SCARAVELLI ,SNC

**2.5 Luogo Evento** PALAZZINA DIREZIONALE P.O. NORD - OSPEDALE S.M. GORETTI

**3 Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016

**3.2 Data inizio** 27/10/2016

**3.3 Data fine** 27/10/2016

**4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 8

**5 Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo** MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

**5.3 Acquisizione competenze di processo** SAPER INDIVIDUARE LE FASI DI UN PROCESSO E SAPERLO DESCRIVERE CON UN DIAGRAMMA DI FLUSSO

**5.4 Acquisizione competenze di sistema**

**6 Programma dell'attività formativa** [Programma + cv.pdf](#)

**6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ESPOSITO	MARIO	SPSMRA49H27F839F	DOCENTE
LOMBARDI	ASSUNTA	LMSBNT64B45D708S	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	11
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO DI AGGIORNAMENTO
<b>8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni</b>	NON PRESENTE
<b>8.2 Formazione Residenziale Interattiva</b>	PRESENTE
<b>8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)</b>	5
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>	
<b>9.1 Cognome</b>	MACCHIARULO
<b>9.2 Nome</b>	GERMANA
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	MCCGMN76A67E472E
<b>9.4 Telefono</b>	07736553498
<b>9.5 Cellulare</b>	07736553480
<b>9.6 E-Mail</b>	G.MACCHIARULO@AUSL.LATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Generale (Tutte le professioni)

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
ESPOSITO	MARIO	SPSMRA49H27F839F	SOCIOLOGO	<a href="#">cvEuropeoItalianoMARIO_1.pdf</a>
LOMBARDI	ASSUNTA	LMSNT64B45D708S	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">CV_ASSUNTA_LOMBARDI_ultimo.pdf</a>

<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</li> <li>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	0,00
<b>16 Numero partecipanti</b>	30
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	LOCALE
<b>18 Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FIRMA DI PRESENZA</li> <li>SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI</li> <li>SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li> </ul>
<b>19 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CON QUESTIONARIO</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	
<b>21 Sponsor</b>	
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	NO
<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO
<b>21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti</b>	<a href="#">autocertificazione finanziamento.pdf</a>

- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| <b>22</b> | <b>L'evento si avvale di partner?</b>   | NO   |
| <b>23</b> | <b>Dichiarazione Conflitto Interessi</b>  | <a href="#">conflitto interessi evento.pdf</a> |
| <b>24</b> | <b>Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>  | SI   |
| <b>25</b> | <b>Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM</b> | SI   |

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [LAZIO@PEC.AGENAS.IT](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

