



REGIONE  
LAZIO

E.C.M.



agenas.

ESPOSITO Log Out

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

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 1391

**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:** VALIDO

- 1 Titolo del programma formativo** GESTIONE INTEGRATA DELLO SCOMPENSO CARDIACO
- 2 Sede** ITALIA
  - 2.1 Regione** LAZIO
  - 2.2 Provincia** LATINA
  - 2.3 Comune** LATINA
  - 2.4 Indirizzo** VIA GUIDO RENI, SNC
  - 2.5 Luogo Evento** PALAZZINA DIREZIONALE P.O. NORD
- 3 Periodo di svolgimento**
  - 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016
  - 3.2 Data inizio** 03/12/2016
  - 3.3 Data fine** 03/12/2016
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 6
- 5 Obiettivi dell'evento**
  - 5.1 Obiettivo formativo** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE
  - 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** APPROPRIATEZZA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO
  - 5.3 Acquisizione competenze di processo** APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA E DELL'EFFICACIA
  - 5.4 Acquisizione competenze di sistema** LINEE GUIDA PROTOCOLLI PROCEDURE
- 6 Programma dell'attività formativa** [PROGRAMMA + CV.pdf](#)

### 6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ACCUSANI	LUCIA	CCSLCU69T43F952K	DOCENTE
ARENARE	LOREDANA	RNRLDN65R57I410Z	DOCENTE
BELARDINO	ROSSI	RSSBRD59H03H501M	DOCENTE
CIRILLI	GIOVANNI	CRLGNN54P29H501Y	DOCENTE
D'UVA	MARIO	DVUMRA59M15I179Y	DOCENTE
MANFRE'	GIUSEPPE	MNFGPP60B26E023K	DOCENTE
STIPO	ANTONINO	STPNNN62M07E472B	DOCENTE
VENDITTI	GIOVANNI	VNDGNN52R25B682G	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	6
<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>	NON PRESENTE
<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>	07736553404
<b>9.5 Cellulare</b>	07736556501
<b>9.6 E-Mail</b>	FORMAZIONE@AUSL.LATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
FARMACISTA	FARMACIA OSPEDALIERA; FARMACIA TERRITORIALE;
MEDICO CHIRURGO	CARDIOLOGIA; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA INTERNA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);
INFERMIERE	INFERMIERE;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
STIPO	ANTONINO	STPNNN62M07E472B	CARDIOLOGO	<a href="#">CV_VITAE_STIPO.pdf</a>

<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LEZIONI MAGISTRALI</li> <li>• CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione?</b> (in euro)	0,00
<b>16 Numero partecipanti</b>	70
<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> </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</b> (facoltativo)	
<b>21 Sponsor</b>	
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	SI
<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO
<b>21.3 Contratti di sponsorizzazione</b>	<a href="#">contratto_SPONSORIZZAZIONE_Provider_Sponsor.pdf</a>

**Nome Sponsor**

BAYER

- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| <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 [Aqe.Na.S.](#)

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

 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI