



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



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

ESPOSITO [Log Out](#)

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 1395

**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** PBLSD
- 
- 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** SALA CONFERENZA PO FORMIA
- 
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016
- 3.2 Data inizio** 14/11/2016
- 3.3 Data fine** 14/11/2016
- 
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 8
- 
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** ABILITÀ E COMPETENZA SPECIALISTICA, ALLA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE NEONATALE
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema** LINEE GUIDA E PROCEDURE
- 
- 6 Programma dell'attività formativa** [programma\\_cv.pdf](#)
- 6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
COLELLA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DOCENTE
DEL PRATO	FEDORA	DLPFDR69E52F839L	DOCENTE
GRAPPONE	LIDIA	GRPLDI65C69A509R	DOCENTE
POZZI	NICOLA	PZZNCL71B21L1030	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	10,8										
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE										
<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>	3										
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>											
<b>9.1 Cognome</b>	MARTUFI										
<b>9.2 Nome</b>	PALMINA										
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	MRTPMN61C66F224C										
<b>9.4 Telefono</b>	0771779810										
<b>9.5 Cellulare</b>	3389282714										
<b>9.6 E-Mail</b>	MINAMARTUFI@ALICE.IT										
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Professione</th> <th>Discipline</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICO CHIRURGO</td> <td>NEONATOLOGIA; PEDIATRIA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA);</td> </tr> <tr> <td>INFERMIERE PEDIATRICO</td> <td>INFERMIERE PEDIATRICO;</td> </tr> <tr> <td>EDUCATORE PROFESSIONALE</td> <td>EDUCATORE PROFESSIONALE;</td> </tr> <tr> <td>OSTETRICA/O</td> <td>OSTETRICA/O;</td> </tr> </tbody> </table>	Professione	Discipline	MEDICO CHIRURGO	NEONATOLOGIA; PEDIATRIA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA);	INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;	EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE;	OSTETRICA/O	OSTETRICA/O;
Professione	Discipline										
MEDICO CHIRURGO	NEONATOLOGIA; PEDIATRIA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA);										
INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;										
EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE;										
OSTETRICA/O	OSTETRICA/O;										
<b>11 Responsabili Scientifici</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Qualifica</th> <th>Curriculum Vitae</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLELLA</td> <td>MARIA GIOVANNA</td> <td>CLLMGV63P68E932R</td> <td>DIRIGENTE MEDICO</td> <td><a href="#">Curriculum_coella.pdf</a></td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae	COLELLA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">Curriculum_coella.pdf</a>
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae							
COLELLA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">Curriculum_coella.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>CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")</li> <li>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> <li>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</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>	20										
<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>										

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

**21 Sponsor**

**21.1 L'evento è sponsorizzato** NO

**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO

**21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [autocertificazione finanziamento.pdf](#)

**22 L'evento si avvale di partner?** NO

**23 Dichiarazione Conflitto Interessi** [conflitto interessi evento.pdf](#)

**24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI

**25 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** 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