



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° 1925

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** RISK MANAGEMENT (9 EDIZIONE)
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** LATINA
- 2.3 Comune** LATINA
- 2.4 Indirizzo** VIA GUIDO RENI
- 2.5 Luogo Evento** OSPEDALE DI LATINA SALA CONFERENZE PALAZZINA DIREZIONALE
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017
- 3.2 Data inizio** 16/10/2017
- 3.3 Data fine** 23/10/2017
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 25
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** CAPACITÀ TECNICA DI ESPLECITARE SUL CAMPO SIA A LIVELLO DI FORMATORI SIA SULLE PROCEDURE
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** IDONEITÀ ALLO STUDIO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema** COMPETENZE MANAGERIALI
- 6 Programma dell'attività formativa** [programma + cv 1.pdf](#)
- 6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ARENARE	LOREDANA	RNRLDN65R57I410Z	DOCENTE
CAMPAGNA	GIUSEPPE	CMPGPP53D26E472F	DOCENTE
CARRATURO	ANTONIO	CRRNTN66P13A509G	DOCENTE
CIMMINO	GIUSEPPE	CMMGPP52R21H501A	DOCENTE
DEL BORGO	COSMO	DLBCSM67H27D708L	DOCENTE
IANARI	ADRIANA	NRIDRN53D56D976N	DOCENTE
MASTROIANNI	CLAUDIO MARIA	MSTCDM57B18I324H	DOCENTE
NUCERA	PAOLO	NCRPLA61C27F880S	DOCENTE

SACCHI	MARCO	SCCMRC53P23H501L	DOCENTE
VALLERIANI	MASSIMO	VLLMSM61D26E472W	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 28
- 8 Tipologia Evento** CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE
- 8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni** NON PRESENTE
- 8.2 Formazione Residenziale Interattiva** PRESENTE
- 8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)** 10
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** IANARI
- 9.2 Nome** ADRIANA
- 9.3 Codice Fiscale** NRIDRN53D56D976N
- 9.4 Telefono** 07736553435
- 9.5 Cellulare** 3381848289
- 9.6 E-Mail** A.IANARI@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Generale (Tutte le professioni)
- 11 Responsabili Scientifici**
- | Cognome | Nome | Codice Fiscale | Qualifica | Curriculum Vitae |
|---------|---------|------------------|------------------|--|
| IANARI | ADRIANA | NRIDRN53D56D976N | DIRIGENTE MEDICO | curriculum vitae dottoressa ADRIANA IANARI con firma.pdf |
- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento**
- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
 - TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
 - LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
 - ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI
- 15 Quota di partecipazione? (in euro)** 0,00
- 16 Numero partecipanti previsti** 50
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE
- 18 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
 - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti**
- CON QUESTIONARIO
- 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 [Age.Na.S.](#)
via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc. 97113690586

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