



# E.C.M.

## Commissione Nazionale Formazione Continua

### Informazioni Provider

---

**Ragione Sociale**

AZIENDA USL LATINA

**Identificativo**

29

### Informazioni Generali

---

**Identificativo Evento**

2012

**Edizione Evento**

1

**Titolo dell'evento**

LA MISURA DI FUNZIONAMENTO E DISABILITÀ: L'ICF PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI ICTUS NEL PAZIENTE ACUTO

**Periodo Svolgimento**

Dal 04/12/2017

Al 18/12/2017

**Durata effettiva dell'attività formativa 12** **Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA)?** Si

### Programma

**Obiettivi dell'evento****Area formativa**

Obiettivi formativi tecnico-professionali

**Obiettivo Formativo**

Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare

**Acquisizione Competenze****Competenze tecnico-professionali**

CONOSCENZE E COMPETENZE SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA

**Competenze di processo**

PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

**Competenze di sistema**

LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE

**Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo**

Cod. Prof.	Professione	Cod. Disc.	Discipline
1	MEDICO CHIRURGO	14	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
1	MEDICO CHIRURGO	15	MEDICINA INTERNA
1	MEDICO CHIRURGO	21	NEUROLOGIA
1	MEDICO CHIRURGO	37	NEUROCHIRURGIA
1	MEDICO CHIRURGO	39	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12	FISIOTERAPISTA	82	FISIOTERAPISTA
14	INFERMIERE	85	INFERMIERE

**Programma dell'attività formativa**

 cv_programma.pdf
--

**Docenti**

Nominativo	Codice Fiscale	Qualifica
MIDOLO, ROSA	MDLRSO70D66F839F	DOCENTE

DE ANGELIS, FRANCESCA ROMANA	DNGFNC61D49E472F	DOCENTE
TIBALDI, GREGORIO	TBLGGR59T14F839V	DOCENTE
TOZZI, ROBERTO	TZZRRT57S25C745H	DOCENTE
TREGLIA, TONINO	TRGTNN56H06D708G	DOCENTE
BIAGGI, ROBERTA	BGGRRT64A59D972R	DOCENTE
PARISI, NICOLETTA	PRSNLT66C49B715V	DOCENTE

**Responsabili Scientifici**

Nominativo	Codice Fiscale	Qualifica
FARA, MARIA ANTONIA	FRAMNT57T41G962C	FISIOTERAPISTA

**Informazioni Partecipante****Quota Partecipazione**

0 €

**Numero di partecipanti**20 **Crediti assegnati**11 **Verifica apprendimento dei partecipanti**

- Firma di presenza

**Verifica apprendimento dei partecipanti**

- Prova scritta

**Materiale durevole rilasciato ai partecipanti (Facoltativo)**

## Segreteria Organizzativa

---

### Segreteria Organizzativa

**Denominazione**

UOC FORMAZIONE E RAPPORTI CON UNIVERSITA

**Telefono**

07736553480

**Fax**

07736553461

**E-mail**

FORMAZIONE@AUSSLATINA.IT

**Sito Web**

HTTPS://WWW.AUSSLATINA.IT/

---

### Responsabile della Segreteria Organizzativa

**Nome**

MANUEL

**Cognome**

MAGGI

**Codice Fiscale**

MGGMNL81A18E472S

---

## Forme di Finanziamento

---

**Sponsor****L'evento è sponsorizzato?**

No

**Autocertificazione di assenza di sponsorizzazioni Contratti di sponsorizzazione**

autocertificazione finanziamento.pdf

---

**Altre Forme di Finanziamento****Sono presenti altre forme di finanziamento?**

No

**Autocertificazione di assenza di altre forme di finanziamento**



autocertificazione finanziamento.pdf

rtner

'evento si avvale di partner?

0

## modulo FSC

---

### Periodo Svolgimento

Dal 04/12/2017

Al 18/12/2017

Durata effettiva dell'attività formativa 6

### Luogo di svolgimento

**Regione**

LAZIO

**Provincia**

LATINA

**Comune**

LATINA

**Indirizzo**

VIA SCARAVELLI SNC

**Luogo**

OSPEDALE S.M. GORETTI

### Tipologia Evento FSC

Partecipazione a gruppi di lavoro/studio, di miglioramento e commissioni/comitati

### Livello di acquisizione



Sviluppo / miglioramento

### Crediti assegnati dal modulo FSC

3

**Periodo Svolgimento****Tutor****1****Discenti****10****Setting di apprendimento****Contesto di attività Operativo (es: ospedaliero, territoriale, etc) Livello di attività Operativo (es: ospedaliero, territoriale, etc) Tipologia di attività Operativo (es: ospedaliero, territoriale, etc)****Sistema di valutazione dell'attività****Soggetto valutatore Valutazione da parte del responsabile del progetto Oggetto della valutazione Risultato operativo(report, relazione, studio, etc.)**

## odulo RES

**Periodo Svolgimento****Dal** 04/12/2017 **Al** 18/12/2017 **Durata effettiva dell'attività formativa** 6 **Luogo di svolgimento****Regione**

LAZIO

**Provincia**

LATINA

**Comune**

FORMIA

**Indirizzo**

VIA APPIA LATO NAPOLI

**Luogo**

OSPEDALE DONO SVIZZERO

**Tipologia Evento RES**

**Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni**

 No**Formazione Residenziale Interattiva** Si**Durata effettiva dell'attività formativa interattiva**

ore

**Crediti assegnati dal modulo RES**8 **Rilevanza dei docenti/relatori**

Nazionale

**Metodi di insegnamento**

- Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto
- Role-playing

**Lingua****È previsto l'uso della sola lingua italiana?** Si**Provenienza presumibile dei partecipanti**

Locale

**Dichiarazioni****Dichiarazione Conflitto Interessi**

conflitto interessi evento.pdf

**Esiste un procedura di verifica della qualità percepita?**

Si

**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

---

Powered by Age.Na.s (<http://www.agenas.it>)

Agenas Via Puglie 23 - 00187 Roma - Helpdesk ECM (<mailto:helpdesk@agenas.it>) - Cod. Fiscale: 97113690586

(<http://www.agenas.it>)

