



**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°** 2276

**Edizione n°** 2

**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** PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO, IN UN OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO
- 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** OSPEDALE S.M. GORETTI
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2018
- 3.2 Data inizio** 23/06/2018
- 3.3 Data fine** 23/06/2018
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 8
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** IMPLEMENTAZIONE TECNICHE DI COMUNICAZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** PREVISIONE DI INCREMENTO INDICE DELLA MAMME CHE ALLATTANO IL SENO ALLA DIMISSIONE
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema**
- 6 Programma dell'attività formativa** [cv\\_programma.pdf](#)

### 6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
MOROSILLO	PATRIZIA CARLA	MRSRZ58D60I712F	DOCENTE
ROSSI	GIOVANNA	RSSGNN62E53G698I	DOCENTE
VISCO	ANNAMARIA	VSCNMR59T64E472B	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	9,5
<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>	5
<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>	P.MARTUFI@AUSL.LATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	NEONATOLOGIA; PEDIATRIA; GINECOLOGIA E OSTETRICIA;
INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;
INFERMIERE	INFERMIERE;
OSTETRICA/O	OSTETRICA/O;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
COLELLA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DIRETTORE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE ASL LATIN	<a href="#">Curriculum colella.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>• SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>• DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI</li> <li>• LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> <li>• ROLE-PLAYING</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 previsti</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>• SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li> </ul>
<b>19 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CON PROVA SCRITTA</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	DISPENSE DEL CORSO (UNICEF)

**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](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc. 97113690586

