



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°** 2546

**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

<b>1 Titolo del programma formativo</b>	CCT: CARE - CASE MANAGEMENT		
<b>2 Sede</b>	ITALIA		
<b>2.1 Regione</b>	LAZIO		
<b>2.2 Provincia</b>	LATINA		
<b>2.3 Comune</b>	LATINA		
<b>2.4 Indirizzo</b>	VIA SCARAVELLI		
<b>2.5 Luogo Evento</b>	AULA PIANO TERRA PALAZZINA DIREZIONALE OSPEDALE LATINA		
<b>3 Periodo di svolgimento</b>			
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2018		
<b>3.2 Data inizio</b>	26/11/2018		
<b>3.3 Data fine</b>	26/11/2018		
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>	8		
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>			
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE		
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE		
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>	DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA		
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)		
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">PROGRAMMA + cv definitivo.pdf</a>		
<b>6.1 Docenti e moderatori</b>			
	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
	COCCHIERI	ANTONELLO	CCCNL79B26L182T
	ROBERTA	BIAGGI	BGGRR64A59D972R
	STOPPA	ALESSANDRA	STPLSN69S48C740X
<b>7 Crediti assegnati</b>	8,9		

<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO PRATICO PER LO SVILUPPO DI ESPERIENZE ORGANIZZATIVO-GESTIONALI
<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>	REZZA
<b>9.2 Nome</b>	MONIA
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	RZZMNO79M47L719J
<b>9.4 Telefono</b>	07736553221
<b>9.5 Cellulare</b>	07736551
<b>9.6 E-Mail</b>	SEGRETERIA.PROFESSIONISANTARIE@AUSL.LATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;
INFERMIERE	INFERMIERE;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
BIAGGI	ROBERTA	BGGRR64A59D972R	DIRIGENTE UOC PROFESSIONI SANITARIE	<a href="#">curriculum_eur_biaggi_dicembre_2017.pdf</a>
LOMBARDI	ASSUNTA	LMSNT64B45D708S	DIRETTORE UOC FORMAZIONE	<a href="#">CV_ASSUNTA_LOMBARDI_ultimo.pdf</a>

<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <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? (in euro)</b>	0,00
<b>16 Numero partecipanti previsti</b>	50
<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 QUESTIONARIO</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	
<b>21 Sponsor</b>	
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	NO
<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO
<b>21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti</b>	<a href="#">autocertificazione_finanziamento.pdf</a>
<b>22 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 [Age.Na.S.](#)

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

