



**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°** 2583

**Edizione n°** 2

**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** WOUND CARE: VALUTAZIONE E SCELTA DEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** LATINA
- 2.3 Comune** LATINA
- 2.4 Indirizzo** VIA SCARAVELLI
- 2.5 Luogo Evento** PALAZZINA DIREZIONALE P.O. NORD
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2018
- 3.2 Data inizio** 07/12/2018
- 3.3 Data fine** 07/12/2018
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 9
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE
- 6 Programma dell'attività formativa** [PROGRAMMA + cv.pdf](#)
- 6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BIAGGI	ROBERTA	BGGRR64A59D972R	DOCENTE
OLIVA	MATRONA	LVMORN77R52I234G	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 9,9
- 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)** 3
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** REZZA
- 9.2 Nome** MONIA
- 9.3 Codice Fiscale** RZZMNO79M47L719J
- 9.4 Telefono** 07736553221
- 9.5 Cellulare** 07736551
- 9.6 E-Mail** SEGRETERIA.PROFESSIONISANITARIE@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
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>

- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento**
- LEZIONI MAGISTRALI
  - DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI
  - 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** 30
- 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

- |                                                                                                                                                                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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 Dichiarazione Conflitto Interessi</b>                                                                                                                                                          | <a href="#">conflitto interessi evento.pdf</a>       |
| <b>24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>                                                                                                                                  | SI                                                   |
| <b>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</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

 **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**