



**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°** 2774

**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>	ACCOGLIENZA E RELAZIONE
<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 SNC
<b>2.5 Luogo Evento</b>	AULA PALAZZINA DIREZIONALE - OSPEDALE S.M. GORETTI DI LATINA
<b>3 Periodo di svolgimento</b>	
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2019
<b>3.2 Data inizio</b>	09/04/2019
<b>3.3 Data fine</b>	14/05/2019
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>	16
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>	
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>	IL PERCORSO FORMATIVO È VOLTO A MIGLIORARE LA PERCEZIONE DI ACCOGLIENZA DELL'ASL CON UNA GESTIONE DELLA COMPLESSITÀ RELAZIONALE COL PUBBLICO E COL PROPRIO "CLIENTE INTERNO" PIÙ PROFESSIONALE, SAPENDO AFFRONTARE LE SITUAZIONI QUOTIDIANE TENENDO SOTTO CONTROLLO GLI ASPETTI COGNITIVI ED EMOTIVI. IL CORSO SI PROPONE DI MIGLIORARE NEI PARTECIPANTI LA CULTURA DELLA QUALITÀ PERCEPITA ED EROGATA NEL SERVIZIO, RISCOPRENDO IL SENSO DI APPARTENENZA; LA CONSAPEVOLEZZA DELLE PROPRIE CAPACITÀ NELLA GESTIONE DELLA RELAZIONE CON IL PUBBLICO E CON IL COLLEGA; LE MODALITÀ DI INTERAZIONE, IN RELAZIONE ALL'ATTIVITÀ SVOLTA.
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">Accoglienza e Relazioni_cv_programma.pdf</a>
<b>6.1 Docenti e moderatori</b>	

**Cognome**

**Nome**

**Codice Fiscale**

**Ruolo**

MAGGI	LUIGI	MGGLGU58H23H501W	DOCENTE
-------	-------	------------------	---------

<b>7 Crediti assegnati</b>	20,8
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO DI AGGIORNAMENTO
<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>	16
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>	
<b>9.1 Cognome</b>	MAGGI
<b>9.2 Nome</b>	MANUEL
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	MGGMNL81A18E472S
<b>9.4 Telefono</b>	07736553480
<b>9.5 Cellulare</b>	07736553404
<b>9.6 E-Mail</b>	FORMAZIONE@AUSL.LATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Generale (Tutte le professioni)

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
LOMBARDI	ASSUNTA	LMSBNT64B45D708S	DIRETTORE FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	<a href="#">CV ASSUNTA LOMBARDI breve.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>• PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</li> <li>• LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> <li>• ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</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>• QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	SET SLIDES CORSO QUADERNO DELLE ESERCITAZIONI BLOCCO NOTES PENNA
<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 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 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016</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

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