



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°** 2801

**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>	COACHING - PROMUOVERE E PRODURRE IL CAMBIAMENTO								
<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 LE CORBUSIER								
<b>2.5 Luogo Evento</b>	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
<b>3 Periodo di svolgimento</b>									
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2019								
<b>3.2 Data inizio</b>	01/04/2019								
<b>3.3 Data fine</b>	25/11/2019								
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>	35								
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>									
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI								
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI								
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>									
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>									
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">PROGRAMMA+ CV.pdf</a>								
<b>6.1 Docenti e moderatori</b>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Ruolo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE NICOLA</td> <td>PIERPAOLO</td> <td>DNCPL73C31G482G</td> <td>DOCENTE</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo	DE NICOLA	PIERPAOLO	DNCPL73C31G482G	DOCENTE
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo						
DE NICOLA	PIERPAOLO	DNCPL73C31G482G	DOCENTE						
<b>7 Crediti assegnati</b>	50								
<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</b>	NON PRESENTE								

## convegni

<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>	30
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>	
<b>9.1 Cognome</b>	SABRINA
<b>9.2 Nome</b>	CARLINO
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	CRLSRN68L44Z326Y
<b>9.4 Telefono</b>	07736551
<b>9.5 Cellulare</b>	07736556800
<b>9.6 E-Mail</b>	S.CARLINO@AUSL.LATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
VETERINARIO	IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE; IGIENE PROD., TRASF., COMMERCIAL., CONSERV. E TRAS. ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI; SANITÀ ANIMALE;
BIOLOGO	BIOLOGO;
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); MEDICINA SUBACQUEA E IPERBARICA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMALIA; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; CURE PALLIATIVE; EPIDEMIOLOGIA; MEDICINA DI COMUNITÀ;
CHIMICO	CHIMICA ANALITICA;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
SABATUCCI	ANTONIO	SBTNTN55E08L597H	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">curriculum vitae Sabatucci.pdf</a>

**12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**13 Metodo di Insegnamento**

- PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
- ROLE-PLAYING

**14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI

**15 Quota di partecipazione? (in euro)** 0,00

**16 Numero partecipanti previsti** 12

**17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE

**18 Verifica presenza dei partecipanti** • FIRMA DI PRESENZA

- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

**19 Verifica apprendimento dei partecipanti**

- QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA

**20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)****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 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**

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