Formazione Residenziale

Ragione Sociale:	AZIENDA USL LATINA	**Id Provider:**	29
Evento n°	638	**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**

1	**Titolo del programma formativo**	GLI OPERATORI SANITARI NEL NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE DISTRETTUALE : DALLE PRESTAZIONI AI PERCORSI, DAGLI AMBULATORI ALLA CASA DELLA SALUTE
2	**Sede**	ITALIA
	2.1 Regione	LAZIO
	2.2 Provincia	LATINA
	2.3 Comune	PRIVERNO
	2.4 Indirizzo	VIA MADONNA DELLE GRAZIE, SNC
	2.5 Luogo Evento	AULA CONFERENZE – CENTRO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
3	**Periodo di svolgimento**	
	3.1 Anno del piano Formativo di riferimento	2015
	3.2 Data inizio	17/10/2015
	3.3 Data fine	17/10/2015
4	**Durata effettiva dell'attività formativa** (in ore)	8
5	**Obiettivi dell'evento**	
	5.1 Obiettivo formativo	FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
	5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali	INTERVENTI E PROPOSTE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI DIPENDENTI
	5.3 Acquisizione competenze di processo	GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI DIPENDENTI DA PARTE DEI MMG E DEGLI OPERATORI SERD
	5.4 Acquisizione competenze di sistema	
	5.5 L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza	NO
6	**Programma dell'attività formativa**	programma e cv.pdf

6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo

AMMENDOLA	ERMINIA	MMNRMN56H67L120P	DOCENTE
ARDIA	LUIGI	RDALGU55E20D708X	DOCENTE
CAPODILUPO	ANTONIO	CPDNTN48D03G698R	DOCENTE
CASELLA	PIETRO	CSLPTR61R19H501J	DOCENTE
COIA	ANGELA	COINGL57B55H413J	DOCENTE

7 Crediti assegnati — 12

8 Tipologia Evento — CORSO DI AGGIORNAMENTO

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) — 8

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

9.1 Cognome — CAPODILUPO

9.2 Nome — ANTONIO

9.3 Codice Fiscale — CPDNTN48D03G698R

9.4 Telefono — 0773910825

9.5 Cellulare — 3292609052

9.6 E-Mail — A.CAPODILUPO@AUSL.LATINA.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo — Generale (Tutte le professioni)

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
COIA	ANGELA	COINGL57B55H413J	DIRIGENTE SERD PRIVERNO	CV Coia Angela.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori — NAZIONALE

13 Metodo di Insegnamento

- LEZIONI MAGISTRALI
- PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)

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

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

16 Numero partecipanti — 50

17 Provenienza presumibile dei partecipanti — LOCALE

18 Verifica presenza dei partecipanti

- FIRMA DI PRESENZA
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI
- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

19 Verifica apprendimento dei partecipanti

- CON QUESTIONARIO

20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo) — LEZIONI PRESENTATE IN FORMATO ELETTRONICO

21	**Sponsor**	
	21.1 L'evento è sponsorizzato	SI
	21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento	NO
	21.3 Contratti di sponsorizzazione	contratti ECM + cong.pdf

Nome Sponsor
RB PHARMACEUTICALS (ITALIA) S.R.L.

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

Powered by Age.Na.S.
via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586