

**REGIONE
LAZIO****E.C.M.****agenas.**

Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA**Id Provider:** 29**Evento n°** 5449**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:****PAGATO****1 Titolo del programma formativo**

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON ICTUS ISCHEMICO IN FASE ACUTA NELLA ASL DI LATINA: LA RETE PROVINCIALE DELL'ICTUS

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

LATINA

2.4 Indirizzo

VIA GUIDO RENI

2.5 Luogo Evento

OSPEDALE DI LATINA

3 Periodo di svolgimento**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento**

2023

3.2 Data inizio

08/06/2023

3.3 Data fine

08/06/2023

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

6

5 Obiettivi dell'evento**5.1 Obiettivo formativo**

18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere

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 (3)

5.4 Acquisizione competenze di sistema

APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)

6 Programma dell'attività formativa[Programma corso.pdf](#)**6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BUSCO	SUSANNA	BSCSNN59D43E472J	DOCENTE
CIACCIARELLI	ANTONIO	CCCNTN91C20D708R	DOCENTE
IANNARELLI	ANGELO	NNRNGI86L31E472H	DOCENTE
LAFAVIA	GIORGIA	LFVGRG78D52I712I	DOCENTE
MESSINA	MASSIMO	MSSMSM74R17A192P	DOCENTE
MONTEFORTE	GABRIELLA	MNTGRL64H43E472M	DOCENTE
MONTELEONE	FABRIZIA	MNTFRZ81A58L049J	DOCENTE
PELLE	GIUSEPPE	PLLGP79M10M208U	DOCENTE
SICA	FRANCESCO	SCIFNC84P28Z133M	DOCENTE

7 Crediti assegnati

7,8

8 Tipologia Evento

CORSI DI FORMAZIONE E/O APPLICAZIONE IN MATERIA DI COSTRUZIONE, DISSEMINAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI

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

NON PRESENTE

9 Responsabile Segreteria Organizzativa**9.1 Cognome**

MONTEFORTE

9.2 Nome

GABRIELLA

9.3 Codice Fiscale

MNTGRL64H43E472M

9.4 Telefono

07736556275

9.5 Cellulare

3491269940

9.6 E-Mail

G.MONTEFORTE@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
MONTEFORTE	GABRIELLA	MNTGRL64H43E472M	DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE UOS UTN	CV Monteforte Gabriella.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori

NAZIONALE

13 Metodo di Insegnamento

- LEZIONI MAGISTRALI
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO

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

SI

**15 Quota di partecipazione?
(in euro)**

0,00

16 Numero partecipanti previsti

25

- | | |
|--|--|
| 17 Provenienza presumibile dei partecipanti | LOCALE |
| 18 Verifica presenza dei partecipanti | <ul style="list-style-type: none">• FIRMA DI PRESENZA• SISTEMA ELETTRONICO A BADGES |
| 19 Verifica apprendimento dei partecipanti | <ul style="list-style-type: none">• 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 (obbligatoria in presenza di un partner) | 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](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586 **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**