



REGIONE  
LAZIO

E.C.M.



Log Out

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

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 7075

**Edizione n°** 1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?**

**NO**

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?**

**NO**

**Stato Evento:**

**PAGATO**

**1 Titolo del programma formativo**

LA RETE ICTUS NELLA ASL LATINA GESTIONE DEL PZ CON ICTUS ISCHEMICO IN FASE ACUTA

**2 Sede**

ITALIA

**2.1 Regione**

LAZIO

**2.2 Provincia**

LATINA

**2.3 Comune**

LATINA

**2.4 Indirizzo**

VIA SCARAVELLI SNC

**2.5 Luogo Evento**

PALAZZINA DIREZIONALE

**3 Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento**

2024

**3.2 Data inizio**

29/10/2024

**3.3 Data fine**

29/10/2024

**4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)**

7

**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, IVI INCLUSE LE MALATTIE RARE E LA MEDICINA DI GENERE

**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**

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

**6 Programma dell'attività formativa**

[Programma corso Stroke 29 ottobre 2024.pdf](#)

**6.1 Docenti e moderatori**

|           |                                                                                                                                 |                                                                                                                                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7</b>  | <b>Crediti assegnati</b>                                                                                                        | 9,1                                                                                                                                   |
| <b>8</b>  | <b>Tipologia Evento</b>                                                                                                         | CORSI DI FORMAZIONE E/O APPLICAZIONE IN MATERIA DI COSTRUZIONE, DISSEMINAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI |
|           | <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>                                                                                  | NON PRESENTE                                                                                                                          |
| <b>9</b>  | <b>Responsabile Segreteria Organizzativa</b>                                                                                    |                                                                                                                                       |
|           | <b>9.1 Cognome</b>                                                                                                              | MONTEFORTE                                                                                                                            |
|           | <b>9.2 Nome</b>                                                                                                                 | GABRIELLA                                                                                                                             |
|           | <b>9.3 Codice Fiscale</b>                                                                                                       | MNTGRL64H43E472M                                                                                                                      |
|           | <b>9.4 Telefono</b>                                                                                                             | 07736556275                                                                                                                           |
|           | <b>9.5 Cellulare</b>                                                                                                            | 3491269940                                                                                                                            |
|           | <b>9.6 E-Mail</b>                                                                                                               | G.MONTEFORTE@AUSL.LATINA.IT                                                                                                           |
| <b>10</b> | <b>Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>                                                                   | Generale (Tutte le professioni)                                                                                                       |

| Cognome    | Nome      | Codice Fiscale   | Qualifica                             | Curriculum Vitae                            |
|------------|-----------|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| MONTEFORTE | GABRIELLA | MNTGRL64H43E472M | DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE UOS UTN | <a href="#">CV Monteforte Gabriella.pdf</a> |

**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?<br>(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"><li>FIRMA DI PRESENZA</li><li>SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li></ul> |
| 19   | Verifica apprendimento dei partecipanti                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA</li></ul>                       |
| 20   | Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti<br>(facoltativo)                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |
| 21   | Sponsor                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |
| 21.1 | L'evento è sponsorizzato                                                                                                                                                                                                                                         | NO                                                                                                     |
| 21.2 | Sono presenti altre forme di finanziamento                                                                                                                                                                                                                       | NO                                                                                                     |
| 21.3 | Autocertificazione assenza finanziamenti                                                                                                                                                                                                                         | <a href="#">autocertificazione finanziamento.pdf</a>                                                   |
| 22   | L'evento si avvale di partner?                                                                                                                                                                                                                                   | NO                                                                                                     |
| 23   | Dichiarazione Conflitto Interessi<br>(obbligatoria in presenza di un partner)                                                                                                                                                                                    | <a href="#">conflitto interessi evento.pdf</a>                                                         |
| 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](#)