



**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° 1092

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** PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO, IN UN OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** LATINA
- 2.3 Comune** FORMIA
- 2.4 Indirizzo** VIA APPIA LATO NAPOLI
- 2.5 Luogo Evento** OSPEDALE DONO SVIZZERO
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016
- 3.2 Data inizio** 30/05/2016
- 3.3 Data fine** 01/06/2016
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 20
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE
- 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 + CV.pdf](#)
- 6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
COLELLA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DOCENTE

7 Crediti assegnati	26,8
8 Tipologia Evento	CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE
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)	9
9 Responsabile Segreteria Organizzativa	
9.1 Cognome	MARTUFI
9.2 Nome	PALMINA
9.3 Codice Fiscale	MRTPMN61C66F224C
9.4 Telefono	0771779810
9.5 Cellulare	3389282714
9.6 E-Mail	P.MARTUFI@AUSL.LATINA.IT
10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo	Settoriale

Professione	Discipline
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	NEONATOLOGIA; PEDIATRIA; GINECOLOGIA E OSTETRICIA;
INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO;
OSTETRICA/O	OSTETRICA/O;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
COLELLA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DIRETTORE UOC PEDIATRI	Curriculum colella.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori	NAZIONALE
13 Metodo di Insegnamento	<ul style="list-style-type: none"> • LEZIONI MAGISTRALI • SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO • DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI • LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO • ROLE-PLAYING
14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?	SI
15 Quota di partecipazione? (in euro)	0,00
16 Numero partecipanti	25
17 Provenienza presumibile dei partecipanti	LOCALE
18 Verifica presenza dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • FIRMA DI PRESENZA • SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI • SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
19 Verifica apprendimento dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> • CON PROVA SCRITTA • CON QUESTIONARIO
20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti	DISPENSE DEL CORSO UNICEF

(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 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](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI