



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



**IMPARA DALL'ERRORE E SEGNALA L'EVENTO.
La promozione della cultura per la sicurezza del paziente.**

ID Evento: 245343

Crediti ECM: 8,3

Responsabile scientifico: Dott.ssa Stefania D'Auria

Biblioteca Scientifica – INT Fondazione “G. Pascale” 80131 NAPOLI

Data 06.12.2018 (data prossima edizione da definirsi)

8.00 - 8.30 Registrazione dei partecipanti

8.30 - 9.30 La teoria della conoscenza profonda di Deming. Performance individuali e di sistema nella gestione delle criticità: Filmati (G. Cafarella – Sostituto R. Castellani)

9.30 – 10.15 Introduzione al Rischio Clinico e Decreto Gelli: Filmato (A. Firenze – Sostituto F. Venneri)

10.15 - 11.30 Prevenire e gestire l'evento avverso: strumenti metodologici (F. Venneri – Sostituto A. Firenze)

11.30 – 11.45 Pausa

11.45 - 12.30 Tassonomia ed epidemiologia del rischio (R. Castellani – Sostituto S. D'Auria)

12.30-13.30 Organizzazione aziendale di gestione del rischio clinico. Gestione e Comunicazione Eventi Avversi – Eventi Sentinella – Eventi Evitati” (S. D'Auria)

13.30 – 14.15 Pausa pranzo

14.15 - 14.45 Videoclipi casi di eventi avversi (F. Venneri).

14.45 – 15.45 Esercitazione con lavoro a piccoli gruppi su casi di eventi avversi con produzione di rapporto finale da discutere con esperto

15.45 – 16.15 Linee guida, protocolli e procedure; le Raccomandazioni Gli strumenti cognitivi di supporto: le checklist (M.R. Esposito – R. Castellani)

16.15-17.15 Il ruolo dell'ingegneria clinica per la sicurezza e la qualità delle cure (G. Giaconia – Sostituto F. Venneri)

17.15-17.30 Discussione in plenaria

17.30-18.00 Compilazione del questionario di apprendimento e chiusura dei lavori

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Titolo	IMPARA DALL'ERRORE E SEGNALA L'EVENTO La promozione della cultura per la sicurezza del paziente
Sede	Biblioteca Scientifica - INT. Fondazione "G. Pascale" via M. Semmola 80131 NAPOLI
Data	06 dicembre 2018

La certificazione per i crediti ottenuti è vincolata alla presenza continuativa ai lavori del corso e sarà disponibile, una volta concluse le operazioni di controllo dei questionari di apprendimento e di chiusura dell'evento ai fini ministeriali.

Si prega cortesemente di scrivere in stampatello leggibile in caso di grafia poco chiara non sarà possibile riconoscere i crediti ecm.

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa) _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO PRIVATO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

CELL _____ E-MAIL _____

PROFESSIONE _____

DISCIPLINA (solo per per i medici) _____

ISCRIZIONE A ORDINE/ALBO/ASSOCIAZIONI (barrare Si o NO) NO SI

Se SI indicare il TIPOn. iscrizione.....

PROFILO LAVORATIVO:

- LIBERO PROFESSIONISTA Partiva IVA: _____
- CONVENZIONATO SSN (medici di base e similia)
- DIPENDENTE
- INOCCUPATO

SPONSORIZZATO NO SI

Se SI indicare il nome dello SPONSOR.....

Ai sensi del D.lgs. n.196/2003, e delle Direttive europee (DE-EU 2016/679) Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: connesse al presente Evento Formativo ed alle eventuali comunicazioni ad esso relative, per attività e finalità statistiche, rilevazione del grado di soddisfazione, comunicazioni e invio di materiale informativo sulle nuove iniziative della Customer Service sas e per esigenze contrattuali e di legge. Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatica e telematica al fine di prestare i servizi offerti e i dati saranno archiviati presso la nostra sede operativa. Per le finalità di cui sopra, i dati potranno essere trattati da: addetti della Customer Service sas, consulenti e collaboratori di nostra fiducia, società che sponsorizzano i servizi offerti. Il conferimento dei dati è obbligatorio (per la redazione degli attestati), e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata erogazione del servizio. Il titolare del trattamento è la Customer Service sas, presso la quale potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 (scrivendo all'indirizzo email privacy@customerservicesas.com). Compilando e firmando il presente modulo autorizzi il trattamento dei tuoi dati personale ai sensi del D.lgs. n.196/2003 e inoltre a comunicare i dati inseriti, esclusivamente per le finalità di cui sopra, ai soggetti terzi sopra descritti. Compilando e firmando il presente modulo dichiaro inoltre che i dati personali inseriti corrispondono alla tua identità, secondo il criterio di autocertificazione (legge 445/2000). Pertanto manlevi la Customer Service sas da qualsiasi responsabilità o conseguenza di qualsiasi tipo, derivante dalla visione dei contenuti del portale.

Firma leggibile _____