

“Come prevenire il rischio di procedimenti civili e penali”



TIPOLOGIA DEL CORSO

DOVE

1° Edizione: 10 Ottobre 2015
 Modena, Ospedale Baggiovara
 2° Edizione :17 Ottobre 2015
 Foggia, Ospedali Riuniti
 3° Edizione: 31 Ottobre 2015
 Roma, Ospedale San Camillo

A CHI SI RIVOLGE

Gratuito per i Soci in regola per l'anno 2015

SPECIFICHE DEL CORSO

Il seguente evento risulta essere accreditato con il Provider A.C.O.I per 30 partecipanti afferenti alla professione Medico Chirurgo, con specializzazione in Chirurgia Generale .N° crediti:8.2

Obiettivo formativo :“PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE”

ISCRIZIONI :segreteria@acoi.it

Programma

9.30-13.30 Molendini L.O Istituto Europeo di Oncologia

Il contesto e la medicina difensiva

Le strategie per la gestione del processo penale (case history di un procedimento dalle indagini del PM al dibattimento)

Le azioni di miglioramento da attuare nella pratica professionale: il ruolo dell' Hospital Risk Management, della comunicazione e della documentazione clinica

14.30-17.30 Antenucci F. Generali Business Solution S.C.P.A

L'evoluzione della giurisprudenza civile e le sue ricadute nella pratica professionale con focus sulla responsabilità del primario, sull'attività in equipe, sul consenso del paziente

Le strategie di trasferimento del rischio assicurativo con focus sui dipendenti di strutture in regime di “autoassicurazione” o con franchigie elevate

17.30-18.00 Test di apprendimento



SCHEDE ISCRIZIONE

| | |
|---|--|
| NOME | COGNOME |
| CODICE FISCALE | |
| PROFESSIONE/DISCIPLINA | <i>Specificare se</i> <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> disoccupato |
| <ul style="list-style-type: none"> MEDICO CHIRURGO/ CHIRURGIA GENERALE | |
| RECLUTAMENTO TRAMITE SPONSOR Sì <input type="checkbox"/> (<i>compilare la dichiarazione ACS</i>) No <input type="checkbox"/> | Nome Sponsor..... |
| Ente/ASL DI APPARTENENZA | N. DI ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASSOCIAZ. PROFESSIONALE |
| EMAIL | |
| DATA | |
| <i>Il sottoscritto ai sensi della DLg 196/03 dichiara di autorizzare la il provider al trattamento dei dati secondo quanto previsto dalla Normativa che regola la formazione facente parte del protocollo ECM</i> | |
| FIRMA | |