

**Scheda preliminare di adesione**  
**- modello B -**

**P R O G R A M M A**

**Sabato 22/05/2010**

**Sabato 29/05/2010**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Corso cui si intende aderire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centro di provenienza \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Altri corsi di proprio interesse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Consenso per il trattamento dei dati personali**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196, esprime il proprio consenso per il trattamento da parte dell' Associazione Progetto Ippocrate dei dati che lo riguardano per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**08:30** – Introduzione alle norme ISO 9001:2008 - Origine della norma, la sua evoluzione  
**09:30** – Introduzione alle norme ISO 9001:2008 - Gli obiettivi della norma i capitoli  
**10:30** - Coffee break  
**10:45** – Le leggi che regolano l'apertura di un centro sanitario e gli accreditamenti  
**11:45** - Le leggi relative agli assetti organizzativi  
**12:45** – Pausa pranzo  
**13:30** – Esercitazione  
**14:30** – Scopo; termini e definizioni principi  
**15:30** - Le tipologie di audit: sistema; processo; prodotto  
**16:30** – Coffee break  
**16:45** – Esercitazione  
**17:45** - Gestione di un programma di audit in sanità  
**19:45** - Chiusura dei Lavori

**Domenica 23/05/2010**

**08:30** – Esercitazione  
**09:30** – Attività di audit generalità e visione d'insieme  
**10:30** – Coffee break  
**10:45** – Esercitazione  
**11:45** - Avvio dell'audit in una struttura sanitaria  
**12:45** – Pausa pranzo  
**13:30** – Esercitazione  
**14:30** – Conduzione del riesame della documentazione  
**15:30** – Esercitazione  
**16:30** – Coffee break  
**16:45** - Preparazione delle attività di audit nella struttura sanitaria  
**18:45** - Esercitazione  
**19:45** - Chiusura dei Lavori

**Quota di partecipazione: € 300,00 (IVA INCLUSA)**

**08:30** – Svolgimento dell'audit  
**10:30** – Coffee break  
**10:45** – Esercitazione  
**11:45** – Discussione  
**12:45** – Pausa pranzo  
**13:30** – Rapporto audit  
**14:30** – Esercitazione  
**16:30** – Coffee break  
**16:45** – La competenza dell'auditor  
**17:45** – La valutazione auditor  
**18:45** – Discussione  
**19:45** – Somministrazione dei tests di verifica  
**20:15** - Chiusura dei Lavori

**In attesa di riconoscimento crediti ECM per Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità, Logopedisti, Tecnico sanitario di Radiologia Medica, Terapisti Occupazionali, Medici, Farmacisti, Psicoterapeuti, Educatori Professionali, Biologi, Infermieri**

**CONTATTO SEGRETERIA:  
ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE  
Tel.: 081-3600430/431  
Fax: 081-3600432  
E-Mail: info@progettoippocrate.net**

**I Partecipanti al Corso dovranno munirsi di Copia di un documento di riconoscimento e Copia del Titolo di Studio Professionale da consegnare al momento della iscrizione.**

**N.B. La frequenza è obbligatoria per l'intera durata del corso**



T I P O L O G I A

corso di addestramento

O B I E T T I V I

*apprendimento di conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di: strumenti per effettuare le verifiche interne*

*acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di: competenze necessarie per condurre un audit interno con una visione completa del sistema gestionale del centro*

*fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di: aspetti salienti del sistema di gestione qualità di un centro sanitario secondo le ISO 9001:2008 e il regolamento n° 1 del 22.01.07*

M O D A L I T À  
D ' I N S E G N A M E N T O

serie di relazioni su tema preordinato

role – playing

D O C E N T E  
R E L A T O R E

dr. M. Iovino

V E R I F I C A D E L L '  
A P P R E N D I M E N T O

*valutazione delle conoscenze teorico-pratiche apprese tramite questionario e prova scritta*

D U R A T A C O R S O

30 (trenta) ore



Il corso è rivolto ai Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità, Logopedisti, Tecnico sanitario di Radiologia Medica, Terapisti Occupazionali, Medici, Farmacisti, Psicoterapeuti, Educatori Professionali, Biologi, Infermieri. Si intende a numero chiuso ed è riservato ai primi 40 iscritti. L'iscrizione dà diritto alle attività didattiche, alle esercitazioni pratiche, ed all'attestato di frequenza con il **RICONOSCIMENTO DI CREDITI E.C.M.** La frequenza è obbligatoria per tutta la durata del corso.

In associazione con :



ASSOCIAZIONE ITALIANA PROVIDER ECM

**SEGRETERIA PROGETTO IPPOCRATE**  
Ai partecipanti al corso sarà consegnato kit congressuale e attestato di partecipazione

**Quota di partecipazione: € 300,00 (IVA INCLUSA)**

La scheda di adesione dovrà pervenire, completa in ogni sua parte, via fax, e-mail o posta a:  
**ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE**  
**VIALE ANTONIO GRAMSCI n°5 - 80122 -**  
**NAPOLI, tel. 081. 3600430/431**  
**fax 081.3600432**

[www.progettoippocrate.net](http://www.progettoippocrate.net) [info@progettoippocrate.net](mailto:info@progettoippocrate.net)

La prenotazione per i primi 40 iscritti, avviene esclusivamente con il pagamento della quota d'iscrizione **a mezzo bonifico bancario**, che dovrà essere effettuato soltanto su espresso invito della Segreteria.

Coordinate bancarie: **c/c 12840/37, intestato a ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE Unicredit – Banca di Roma, agenzia 3 di Napoli, Iban: IT17A 03002 03425 000400447306.**

Copia del bonifico andrà inviata al numero di fax sopraindicato

**Corso di addestramento**  
**ISO 19011 – Verifiche**  
**ispettive interne in strutture**  
**sanitarie**

**In attesa di riconoscimento crediti**  
**ECM per Fisioterapisti, Terapisti**  
**della Neuro e Psicomotricità,**  
**Logopedisti, Tecnico sanitario di**  
**Radiologia Medica, Terapisti**  
**Occupazionali, Medici, Farmacisti,**  
**Psicoterapeuti, Educatori**  
**Professionali, Biologi, Infermieri**

**DATE DI SVOLGIMENTO**

**22. 23. 29. MAGGIO 2010**

**RELATORE:**  
**DR. M. IOVINO**

**N.B. La frequenza è obbligatoria per l'intera durata del corso**

**SEDE DI SVOLGIMENTO**

**T H E R A P I C C E N T E R S R L**  
**P . Z Z A E T T O R E V I T A L E 6 6**  
**8 0 1 2 6 - N A P O L I**  
**T E L . 0 8 1 . 7 2 8 1 8 0 6**