



**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°** 1482

**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** I PERCORSI RIABILITATIVI NEI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** ROMA
- 2.3 Comune** ROMA
- 2.4 Indirizzo** VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212
- 2.5 Luogo Evento** REGIONE LAZIO "SALA TEVERE"
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2016
- 3.2 Data inizio** 16/12/2016
- 3.3 Data fine** 16/12/2016
- 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 7
- 5 Obiettivi dell'evento**
- 5.1 Obiettivo formativo** FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
- 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** DELLE VARIE FIGURE PROFESSIONALI, MEDICI NPI, PSICOLOGICI, TERAPISTI, LOGOPEDISTI, ASS. SOCIALI CHE OPERANO NEI SERVIZI DI NPI
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** NELLE DIAGNOSI E INTERVENTI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema** MIGLIORARE LE COMPETENZE PROFESSIONALI, SECONDO LE PROCEDURE E LINEE GUIDE, OTTIMIZZANDO LE RISORSE PER RISPONDERE AI BISOGNI DI SALUTE DEGLI UTENTI
- 5.5 L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza** NO
- 6 Programma dell'attività formativa** [cv\\_programma.pdf](#)

### 6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ANCONA	VINCENZINA	NCNVCN62P63Z326H	DOCENTE
COSTANTINO	MARIA ANTONELLA	CSTMNT62C41F205H	DOCENTE

DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	DOCENTE
PENGE	ROBERTA	PNGRRT59E70H501E	DOCENTE
VICARI	STEFANO	VCRSFN59H05H501G	DOCENTE

**7 Crediti assegnati** 8

**8 Tipologia Evento** CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO

**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)** 2

**9 Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome** DI LELIO

**9.2 Nome** ANNA

**9.3 Codice Fiscale** DLLNNA56S43I892I

**9.4 Telefono** 0773910041

**9.5 Cellulare** 3298318905

**9.6 E-Mail** A.DILELIO@AUSL.LATINA.IT

**10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
LOGOPEDISTA	LOGOPEDISTA;
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE;
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
ANCONA	VINCENZINA	NCNVCN62P63Z326H	DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	<a href="#">Curriculum Ancona.pdf</a>
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	<a href="#">Curriculum Di Lelio.pdf</a>

**12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**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? (in euro)** 0,00

**16 Numero partecipanti** 100

**17 Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE

**18 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI

**19 Verifica apprendimento dei partecipanti**

- CON QUESTIONARIO

- 20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (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](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI