



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



agenas.

ESPOSITO Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Formazione sul campo

Formazione Sul Campo

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 1603

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 | SITUAZIONI DI CONFINE, DOPPIA DIAGNOSI: DISTURBI DI PERSONALITÀ, RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE, SVILUPPI SUL PIANO PROGETTUALE E SOCIALE |
| 2 | Sede | ITALIA |
| | 2.1 Regione | LAZIO |
| | 2.2 Provincia | LATINA |
| | 2.3 Comune | LATINA |
| | 2.4 Indirizzo | VIA CANOVA, SNC |
| | 2.5 Luogo Evento | PALAZZINA DIREZIONALE OSP. S.M. GORETTI |
| 3 | Periodo di svolgimento | |
| | 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento | 2017 |
| | 3.2 Data inizio | 23/03/2017 |
| | 3.3 Data fine | 29/09/2017 |
| 4 | Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili) | 36 |
| 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 | ACQUISIZIONE DEGLI STRUMENTI DI OSSERVAZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ DELLE SITUAZIONI DI CONFINE E DOPPIA DIAGNOSI |
| | 5.3 Acquisizione competenze di processo | COSTRUZIONE DI UN PIANO PROGETTUALE SOCIO-SANITARIO SUGLI ASPETTI DELLE FAMIGLIE PROBLEMATICHE. SITUAZIONI DI BULLISMO ED EVASIONE SCOLASTICA. |
| | 5.4 Acquisizione competenze di sistema | COSTRUZIONE DI INTERVENTI PSICO-EDUCATIVI DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLA ASL DI LATINA |
| | 5.5 Livello di acquisizione | SVILUPPO / MIGLIORAMENTO |
| | 5.6 L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza | NO |
| 6 | Programma dell'attività formativa | Programma +cv.pdf |

6.1 Docenti/ Relatori/ Tutor

| Cognome | Nome | Codice Fiscale | Ruolo |
|---------|----------|------------------|---------|
| COZZI | EMANUELE | CZZMNL50S30I838S | DOCENTE |
| TRIEPI | PASQUALE | TRPPQL61H13E472C | DOCENTE |

7 Crediti assegnati

- 8 Tipologia Evento GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
- 8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO
- 8.2 Redazione di un documento conclusivo
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative) Sì
- 8.3 Partecipazione di un docente/ tutor, esterno al 'Gruppo di miglioramento', che validi le attività del gruppo No

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

- 9.1 Cognome FRAULIN
- 9.2 Nome GIOVANNA
- 9.3 Codice Fiscale FRLGNN69P61E472B
- 9.4 Telefono 07736556505
- 9.5 Cellulare 3384746407
- 9.6 E-Mail G.FRAULIN@AUSL.LATINA.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo Generale (Tutte le professioni)

11 Responsabili Scientifici

| Cognome | Nome | Codice Fiscale | Qualifica | Curriculum Vitae |
|----------|------|------------------|---------------|--|
| CARFAGNA | LINO | CRFLNI54B27G698D | DIRETTORE DSM | C.V. Dr. L. Carfagna.pdf |

12 Setting di apprendimento

- 12.1 Contesto di attività Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
- 12.2 Livello di attività Di gruppo
- 12.3 Tipologia di attività Esecutiva-Operativa

13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative? NO

14 Rapporto tutor-discente

- 14.1 Tutor
- 14.2 Discenti

15 Quota di partecipazione?
(in euro) 0,00

16 Numero partecipanti previsti 50

17 Verifica presenza dei partecipanti

- FIRMA DI PRESENZA
- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

18 Sistemi di valutazione delle attività

- 18.1 Soggetto valutatore Autovalutazione
- 18.2 Oggetto della valutazione Competenza, capacità, abilità acquisita
- 18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti
- CON QUESTIONARIO

- 19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)
- 20 Sponsor
- 20.1 L'evento è sponsorizzato NO
- 20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento NO
- 20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti [autocertificazione finanziamento.pdf](#)
- 21 L'evento si avvale di partner? NO
- 22 Dichiarazione Conflitto Interessi [conflitto interessi evento.pdf](#)
- 23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita? SI
- 24 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

