



**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°** 1695

**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**

<b>1 Titolo del programma formativo</b>	LA MINDFULNESS, UN APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO - ESPERENZIALE CENTRATO SUL CORPO
<b>2 Sede</b>	ITALIA
<b>2.1 Regione</b>	LAZIO
<b>2.2 Provincia</b>	LATINA
<b>2.3 Comune</b>	MINTURNO
<b>2.4 Indirizzo</b>	VIA FONTANA DI VOZZA
<b>2.5 Luogo Evento</b>	MINTURNO
<b>3 Periodo di svolgimento</b>	
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2017
<b>3.2 Data inizio</b>	19/05/2017
<b>3.3 Data fine</b>	26/05/2017
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>	14
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>	
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>	ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CUR
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP
<b>5.5 L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza</b>	NO
<b>6 Programma dell'attività formativa</b>	<a href="#">Abstract e programma_Mindfulness_formia 2017.pdf</a>

**6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DE MARCO	MARIA CIVITA	DMRMCV73D66D708W	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 20,3
- 8 Tipologia Evento** CORSO DI AGGIORNAMENTO
- 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)** 7
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa**
- 9.1 Cognome** ADDESS
- 9.2 Nome** ANGELA
- 9.3 Codice Fiscale** DDSNGL72B51D708U
- 9.4 Telefono** 0771779085
- 9.5 Cellulare** 3313051516
- 9.6 E-Mail** ANGELAADDESSI@LIBERO.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMALIA; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; CURE PALLIATIVE; EPIDEMIOLOGIA; MEDICINA DI COMUNITÀ;
INFERMIERE	INFERMIERE;
EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE;
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DE	MARIA CIVITA	DMRMCV73D66D708W	MEDICO PSICHIATRA	<a href="#">Scan_20170412_102851.pdf</a>

<b>12</b>	<b>Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13</b>	<b>Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</li> </ul>
<b>14</b>	<b>E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15</b>	<b>Quota di partecipazione?</b> (in euro)	0,00
<b>16</b>	<b>Numero partecipanti previsti</b>	20
<b>17</b>	<b>Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	LOCALE
<b>18</b>	<b>Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FIRMA DI PRESENZA</li> <li>SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li> </ul>
<b>19</b>	<b>Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CON QUESTIONARIO</li> </ul>
<b>20</b>	<b>Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti</b> (facoltativo)	
<b>21</b>	<b>Sponsor</b>	
	<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	NO
	<b>21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO
	<b>21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti</b>	<a href="#">autocertificazione finanziamento.pdf</a>
<b>22</b>	<b>L'evento si avvale di partner?</b>	NO
<b>23</b>	<b>Dichiarazione Conflitto Interessi</b>	<a href="#">conflitto_interessi_evento.pdf</a>
<b>24</b>	<b>Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>	SI
<b>25</b>	<b>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</b>	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


**AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**