



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°** 1982

**Edizione n°** 2

**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** DISTURBI DI SVILUPPO A BASSA COMPLESSITÀ CLINICA

**2 Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** LATINA

**2.3 Comune** PRIVERNO

**2.4 Indirizzo** VIA MADONNA DELLE GRAZIE

**2.5 Luogo Evento** CNPI "AULA BOLLEA"

**3 Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017

**3.2 Data inizio** 14/11/2017

**3.3 Data fine** 13/12/2017

**4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 28

**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** FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI (22)

**5.3 Acquisizione competenze di processo** INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA (9)

**5.4 Acquisizione competenze di sistema** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE (2)

**5.5 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 e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BELLI	FRANCA CARLA	BLLFNC56R61I712C	DOCENTE
CAMILLO	ELEONORA	CMLLNR57R61H501T	DOCENTE
CERQUIGLINI	ANTONELLA	CRQNNL57B46H501B	DOCENTE
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	DOCENTE
MACONE	CIVITA	MCNCVT66R50Z404T	DOCENTE
MARROCCO	GIUSEPPINA	MRRGPP70H63G698H	DOCENTE

<b>7 Crediti assegnati</b>	31
<b>8 Tipologia Evento</b>	CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO
<b>8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni</b>	NON PRESENTE
<b>8.2 Formazione Residenziale Interattiva</b>	PRESENTE
<b>8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)</b>	10
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>	
<b>9.1 Cognome</b>	DI LELIO
<b>9.2 Nome</b>	ANNA
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	DLLNNA56S43I892I
<b>9.4 Telefono</b>	0773910074
<b>9.5 Cellulare</b>	3298318905
<b>9.6 E-Mail</b>	A.DILELIO@AUSSLATINA.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	Settoriale

Professione	Discipline
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
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	DIRIGENTE MEDICO	<a href="#">CV Di Lelio.pdf</a>

<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LEZIONI MAGISTRALI</li> <li>• DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI</li> <li>• LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</li> <li>• ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	0,00
<b>16 Numero partecipanti previsti</b>	30
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	LOCALE
<b>18 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 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CON QUESTIONARIO</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	
<b>21 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

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