



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

ESPOSITO [Log Out](#)

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 2019

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	CASE MANAGEMENT, STRATEGIA E MODELLI DI IMPLEMENTAZIONE GESTIONALE E ORGANIZZATIVA TRA DSM TSMRE SERD
2 Sede	ITALIA
2.1 Regione	LAZIO
2.2 Provincia	LATINA
2.3 Comune	SABAUDIA
2.4 Indirizzo	VIA MONTE VERDE
2.5 Luogo Evento	POLIAMBULATORIO
3 Periodo di svolgimento	
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento	2017
3.2 Data inizio	23/11/2017
3.3 Data fine	07/12/2017
4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)	18
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	COSTRUZIONE DI UN PIANO PROGETTUALE DI IMPLEMENTAZIONE GESTIONALE ED ORGANIZZATIVA PER PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI E/O CON COMORBIDITÀ IN CARICO PRESSO CSM, TSMRE E SERD DEL DSM DELLA ASL LT
5.3 Acquisizione competenze di processo	COSTRUZIONE DI INTERVENTI PSICO-EDUCATIVI, DI POTENZIAMENTO E PROMOZIONE DI COMPETENZE SPECIFICHE SULLO STILE SKILL-TRAINING DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLA ASL DI LATINA.
5.4 Acquisizione competenze di sistema	ACQUISIZIONE DEGLI STRUMENTI DI OSSERVAZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI E/O IN COMORBIDITÀ, DEFINIZIONE E GESTIONE DI PERCORSI DI RETE.
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 e moderatori	

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
CARFAGNA	LINO	CRFLNI54B27G698D	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 18
- 8 Tipologia Evento** CORSI DI FORMAZIONE E/O APPLICAZIONE IN MATERIA DI COSTRUZIONE, DISSEMINAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI
- 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** NON PRESENTE

9 Responsabile Segreteria Organizzativa

- 9.1 Cognome** FRAULIN
- 9.2 Nome** GIOVANNA
- 9.3 Codice Fiscale** FRLGNN69P61E472B
- 9.4 Telefono** 07736556505
- 9.5 Cellulare** 07736553480
- 9.6 E-Mail** GIOVANNA.FRAULIN@AUSL.IT

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

Professione	Discipline
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PSICHIATRIA;
INFERMIERE	INFERMIERE;
EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE;
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
CARFAGNA	LINO	CRFLNI54B27G698D	DIRETTORE DSM	CV_Carfagna.pdf

- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

- 13 Metodo di Insegnamento**
- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
 - CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")

- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI

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

- 16 Numero partecipanti previsti** 30

- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti** LOCALE

- 18 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
 - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

- 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 - cod. fisc 97113690586 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI