



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°** 2552

**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** LA SUPERVISIONE E L'APPROCCIO PSICOEDUCAZIONALE
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** LATINA
- 2.3 Comune** LATINA
- 2.4 Indirizzo** VIA SCARAVELLI
- 2.5 Luogo Evento** AULA PIANO TERRA PALAZZINA DIREZIONALE OSPEDALE LATINA
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2018
- 3.2 Data inizio** 19/11/2018
- 3.3 Data fine** 18/12/2018
- 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** FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI ACQUISIZIONE DI GRIGLIE DI AUTO ED ETEROMONITORAGGIO IN PSICOEDUCAZIONE
- 5.3 Acquisizione competenze di processo** ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE SAPER VALUTARE CONGRUITÀ E DISCREPANZA RISPETTO AGLI UTENTI DEL PERCORSO PSICOEDUCATIVO PROPOSTO
- 5.4 Acquisizione competenze di sistema** LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE SAPER SUPERVISIONARE INTERVENTI PSICOEDUCATIVI
- 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 e moderatori**

| Cognome   | Nome      | Codice Fiscale   | Ruolo   |
|-----------|-----------|------------------|---------|
| TRIPEPI   | PASQUALE  | TRPPQL61H13E472C | DOCENTE |
| VALERIANI | FRANCESCO | VLRFNC47R25D539F | DOCENTE |

- 7 Crediti assegnati** 46,8
- 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                     |
|---------|----------|------------------|------------------|--------------------------------------|
| TRIPEPI | PASQUALE | TRPPQL61H13E472C | DIRIGENTE MEDICO | <a href="#">C.V. Dr. Tripepi.pdf</a> |

**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](#)

- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| <b>21</b> | <b>L'evento si avvale di partner?</b>   | NO   |
| <b>22</b> | <b>Dichiarazione Conflitto Interessi</b>  | <a href="#">conflitto_interessi_evento.pdf</a> |
| <b>23</b> | <b>Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>  | SI   |
| <b>24</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**