



Formazione Sul Campo

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 6793

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:

PAGATO

1 Titolo del programma formativo

VALUTAZIONE E RECOVERY. PERCORSI VALUTATIVI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI NEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

GAETA

2.4 Indirizzo

VIA DEI CAPPUCCINI

2.5 Luogo Evento

EX OSPEDALE L. DI LIEGRO

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2024

3.2 Data inizio

24/06/2024

3.3 Data fine

23/12/2024

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore non frazionabili)

86

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

STRATEGIE DI INTERVENTO E MIGLIORAMENTO DEGLI OUTCOMES IN NEUROPSICHIATRIA

5.3 Acquisizione competenze di processo

ORGANIZZAZIONE SULLE PROCEDURE INTERNE EFFICACI, VALUTATIVE, DIAGNOSTICHE E RIABILITATIVE, NEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO DA APPLICARE SUL CAMPO OPERATIVO NEI SERVIZI NPI

5.4 Acquisizione competenze di sistema

APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE

5.5 Livello di acquisizione

SVILUPPO / MIGLIORAMENTO

6 Programma dell'attività formativa

[Programma percorsi NPI 2024.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DE SANTIS	CHIARA	DSNCHR79H65H501H	DOCENTE
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	DOCENTE
DI SARCINA	ANNA	DSRNNA58B43D843B	DOCENTE
FIORIELLO	FRANCESCA	FRLFNC88P63H501U	DOCENTE
MACONE	CIVITA	MCNCVT66R50Z404T	DOCENTE
MILANESE	ROSA	MLNRSO54E60D843C	DOCENTE
OTTAVIANI	ERMINIA ESTER	TTVRNS55R59C740S	DOCENTE

- 7 Crediti assegnati** 50
- 8 Tipologia Evento** GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
- 8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento** GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO
- 8.2 Redazione di un documento conclusivo** Sì
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)
- 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** GUARRIELLO
- 9.2 Nome** FABIO
- 9.3 Codice Fiscale** GRRFBA88R06B715X
- 9.4 Telefono** 0773910071
- 9.5 Cellulare** 0773910038
- 9.6 E-Mail** F.GUARRIELLO@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
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	NEUROPSICHIATRA INFANTILE, DIRETTORE UOC NEUROPSIC	C.V. Di Lelio Anna.pdf
FIORIELLO	FRANCESCA	FRLFNC88P63H501U	NEUROPSICHIATRA INFANTILE	C.V. Francesca Fioriello.pdf

- 12 Setting di apprendimento**
- 12.1 Contesto di attività** Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)
- 12.2 Livello di attività** Entrambi
- 12.3 Tipologia di attività** Osservativa
- 13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?** NO
- 14 Rapporto tutor-discente**
- 14.1 Tutor** 1
- 14.2 Discenti** 5
- 15 Quota di partecipazione?** 0,00
(in euro)
- 16 Numero partecipanti previsti** 40
- 17 Verifica presenza dei partecipanti**
- FIRMA DI PRESENZA
 - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

18 Sistemi di valutazione delle attività	
18.1 Soggetto valutatore	Valutazione da parte del responsabile del progetto
18.2 Oggetto della valutazione	Competenza, capacità, abilità acquisita
18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti	QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA
19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)	INVIO ONLINE DI DISPENSE INERENTI AGLI ARGOMENTI TRATTATI
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 (obbligatoria in presenza di un partner)	conflitto interessi evento.pdf
23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?	SI
24 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016	SI

Indietro