



**REGIONE  
LAZIO**

**E.C.M.**



agenas.

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

ESPOSITO Log Out

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 1046

**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>   | INTERVENTI INTEGRATI PSICOFARMACOLOGICI E PSICOSOCIALI NEI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA  |
| <b>2 Sede</b>   | ITALIA   |
| <b>2.1 Regione</b>  | LAZIO  |
| <b>2.2 Provincia</b>  | LATINA   |
| <b>2.3 Comune</b>   | FORMIA   |
| <b>2.4 Indirizzo</b>  | VIA APPIA LATO NAPOLI  |
| <b>2.5 Luogo Evento</b>   | CENTRO PREPARAZIONE OLIMPICA "BRUNO ZAULI"   |
| <b>3 Periodo di svolgimento</b>   |  |
| <b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>  | 2016   |
| <b>3.2 Data inizio</b>  | 06/05/2016   |
| <b>3.3 Data fine</b>  | 06/05/2016   |
| <b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>                                    | 7  |
| <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>                                      | DELLE VARIE FIGURE PROFESSIONALI, MEDICI NPI, PSICOLOGICI, TERAPISTI, LOGOPEDISTI, ASS. SOCIALI CHE OPERANO NEI SERVIZI DI NPI                       |
| <b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>  | NELLE DIAGNOSI E INTERVENTI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  |
| <b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>   | MIGLIORARE LE COMPETENZE PROFESSIONALI, SECONDO LE PROCEDURE E LINEE GUIDE, OTTIMIZZANDO LE RISORSE PER RISPONDERE AI BISOGNI DI SALUTE DEGLI UTENTI |
| <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="#">programma_CV.pdf</a>   |
| <b>6.1 Docenti/Relatori/Tutor</b>   |  |

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Ruolo

ANCONA	VINCENZA	NCNVCN62P63Z326H	DOCENTE
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	DOCENTE
VALERI	GIOVANNA	VLRGNN58P25H501X	DOCENTE

**7 Crediti assegnati** 8

**8 Tipologia Evento** CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO

**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)** 2

**9 Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome** DI LELIO

**9.2 Nome** ANNA

**9.3 Codice Fiscale** DLLNNA56S43I892I

**9.4 Telefono** 0773910041

**9.5 Cellulare** 3298318905

**9.6 E-Mail** A.DILELIO@AUSL.LATINA.IT

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

Professione	Discipline
LOGOPEDISTA	LOGOPEDISTA;
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
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
ANCONA	VINCENZA	NCNVCN62P63Z326H	DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRA INFANTILE	<a href="#">Curriculum Ancona.pdf</a>
DI LELIO	ANNA	DLLNNA56S43I892I	QUALIFICA DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRA INFANTI	<a href="#">Curriculum Di Lelio.pdf</a>
VALERI	GIOVANNA	VLRGNN58P25H501X	DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRA INFANTILE	<a href="#">Curriculum Valer.pdf</a>

**12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**13 Metodo di Insegnamento**

- LEZIONI MAGISTRALI
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO

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

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

**16 Numero partecipanti** 100

**17 Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE

**18 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI

**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 [Aqe.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**