



REGIONE  
LAZIO

E.C.M.



agenas.

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°** 8222

**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**

OLTRE LA CRONICITA' - INCLUSIONE PSICOSOCIALE

**2 Sede**

ITALIA

**2.1 Regione**

LAZIO

**2.2 Provincia**

LATINA

**2.3 Comune**

LATINA

**2.4 Indirizzo**

VIA GUIDO RENI

**2.5 Luogo Evento**

AULA PORFIRI OSPEDALE SANTA MARIA GORETTI - LATINA

**3 Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento**

2025

**3.2 Data inizio**

27/11/2025

**3.3 Data fine**

11/12/2025

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

16

**5 Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo**

22 - Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

CAPACITÀ DI VALUTARE LE ESIGENZE PSICOSOCIALI, PIANIFICARE INTERVENTI PERSONALIZZATI PER SUPPORTARE L'INCLUSIONE PSICOSOCIALE DELLE PERSONE CON CRONICITÀ

**5.3 Acquisizione competenze di processo**

L'OBIETTIVO DI QUESTO EVENTO È LA CONOSCENZA DELLE POLITICHE E DELLE STRATEGIE DI INCLUSIONE PSICOSOCIALE PER LE PERSONE CON CRONICITÀ

**5.4 Acquisizione competenze di sistema**

CAPACITÀ DI INTEGRARE I SERVIZI SANITARI E SOCIALI PER FORNIRE UN'ASSISTENZA COORDINATA ALLE PERSONE CON CRONICITÀ

**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.word.pdf](#)**6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ANGELONE	MASSIMILIANO	NGLMSM69T10H501W	DOCENTE
CARFAGNA	MARIA	CRFMRA63E58G698Z	DOCENTE
COCCO	MANUELA	CCCMNL75M65L719I	DOCENTE
FAVA	MONICA	FVAMNC77S58F205W	DOCENTE
FERRO	ALESSANDRO	FRRLSN79L07L719P	DOCENTE
FICCA	NICOLETTA	FCCNLT86D65H501X	DOCENTE
GIORGI	ELEONORA	GRGLNR85P47A323D	DOCENTE
GUERRA	FRANCESCA	GRRFNC78M68E472E	DOCENTE
MAUTI	CATIA	MTACTA73E44L719Q	DOCENTE
MONTI	MARIKA	MNTMRK97L66H501S	DOCENTE
PALMERI	FRANCESCA	PLMFNC77C65A345B	DOCENTE
PATTI	MARI FRANCESCA	PTTMFR74H55M088S	DOCENTE
POLIDORI	LORELLA	PLDLLL59L63E472H	DOCENTE
STRAMACCONI	ANDREA	STRNDR73C11G148B	DOCENTE
TRIEPEI	PASQUALE	TRPPQL61H13E472C	DOCENTE

**7 Crediti assegnati**

16

**8 Tipologia Evento**

GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

**8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento**

AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE

**8.2 Redazione di un documento conclusivo**

(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

No

**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**

07736556826

**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
PATTI	MARI FRANCESCA	PTTMFR74H55M088S	DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRA UOC SALUTE MENTALE (C	<a href="#">CV M F Patti.pdf</a>

**12 Setting di apprendimento****12.1 Contesto di attività**

Extra-operativo (Es: Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di Ricerca)

**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**

<b>15</b>	<b>Quota di partecipazione?</b> (in euro)	0,00
<b>16</b>	<b>Numero partecipanti previsti</b>	60
<b>17</b>	<b>Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FIRMA DI PRESENZA</li> <li>SISTEMA ELETTRONICO A BADGES</li> </ul>
<b>18</b>	<b>Sistemi di valutazione delle attività</b>	
	<b>18.1 Soggetto valutatore</b>	Valutazione da parte del responsabile del progetto
	<b>18.2 Oggetto della valutazione</b>	Competenza, capacità, abilità acquisita
	<b>18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA</li> </ul>
<b>19</b>	<b>Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti</b> (facoltativo)	
<b>20</b>	<b>Sponsor</b>	
	<b>20.1 L'evento è sponsorizzato</b>	NO
	<b>20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>	NO
	<b>20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti</b>	<a href="#">autocertificazione finanziamento.pdf</a>
<b>21</b>	<b>L'evento si avvale di partner?</b>	NO
<b>22</b>	<b>Dichiarazione Conflitto Interessi</b> (obbligatoria in presenza di un partner)	<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>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</b>	SI

Indietro