**Ragione Sociale:**

ALIAS SRL

**Id Provider:**

2806

**Evento n°**

97079

**Edizione n°**

1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?**

**NO**

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?**

**NO**

**Stato Evento:**

**VALIDO**

**1**

**Titolo del programma formativo**

LA OZONOTERAPIA NELLA TERAPIA DEL DOLORE E NELLE PATOLOGIE DELL’APPARATO LOCOMOTORE

**2**

**Sede**

ITALIA

**2.1 Regione**

SICILIA

**2.2 Provincia**

PALERMO

**2.3 Comune**

PALERMO

**2.4 Indirizzo**

FORO ITALICO

**2.5 Luogo Evento**

NH HOTEL

**3**

**Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento**

2014

**3.2 Data inizio**

14/06/2014

**3.3 Data fine**

14/06/2014

**4**

**Durata effettiva dell'attività formativa  
(in ore)**

8

**5**

**Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo**

DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

ALLA FINE DEL CORSO IL MEDICO DOVRÀ ESSERE IN GRADO DI EFFETTUARE I TRATTAMENTI DI OZONOTERAPIA , SEGUENDO LE INDICAZIONI E LE CONTROINDICAZIONI ( SECONDO I PROTOCOLLI SIOOT ) DI TALE PRATICA TERAPEUTICA, APPLICATI ALLA PATOLOGIA DELL’APPARATO LOCOMOTORE

**5.3 Acquisizione competenze di processo**

**5.4 Acquisizione competenze di sistema**

**6**

**Programma dell'attività formativa**

[Md 7.2.6 File unico.pdf](javascript:__doPostBack('ctl00$ContentPlaceHolder1$lbProgramma_Value',''))

**6.1 Docenti/Relatori/Tutor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Ruolo** |
| BUSCEMI | CALOGERO RICCARDO | BSCCGR78A02G273J | RELATORE |
| DELL'ANNA | VINCENZO | DLLVCN57M14H501Z | RELATORE |
| ROMEO | ALFREDO | RMOLRD63S22C351A | RELATORE |

**7**

**Crediti assegnati**

11

**8**

**Tipologia Evento**

CORSO DI ADDESTRAMENTO

**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)**

4

**9**

**Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome**

DE ANGELIS

**9.2 Nome**

MADDALENA

**9.3 Codice Fiscale**

DNGMDL90C62H501S

**9.4 Telefono**

0775505912

**9.5 Cellulare**

3483445651

**9.6 E-Mail**

INFO@ALIASFORMAZIONE.IT

**10**

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

Settoriale

|  |  |
| --- | --- |
| **Professione** | **Discipline** |
| MEDICO CHIRURGO | ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMALE; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; CURE PALLIATIVE; EPIDEMIOLOGIA; MEDICINA DI COMUNITÀ; |

**11**

**Responsabili Scientifici**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Qualifica** | **Curriculum Vitae** |
| ROMEO | ALFREDO | RMOLRD63S22C351A | DIRIGENTE MEDICO C/O U.O.C. MEDICINA FISICA E RIAB | [CV Romeo A..pdf](http://ecm.provider.agenas.it/Eventi/dettaglio_res.aspx?id_resp=146655) |

**12**

**Rilevanza dei docenti/relatori**

NAZIONALE

**13**

**Metodo di Insegnamento**

* SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
* TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
* CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")
* LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
* ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE

**14**

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

SI

**15**

**Quota di partecipazione?  
(in euro)**

250,00

**16**

**Numero partecipanti**

20

**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**

[Md 7.2.5 autocertificazione sponsor evento .pdf](javascript:__doPostBack('ctl00$ContentPlaceHolder1$lbSponsor_3_Value',''))

**22**

**L'evento si avvale di partner?**

NO

**23**

**Dichiarazione Conflitto Interessi**

[Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.pdf](javascript:__doPostBack('ctl00$ContentPlaceHolder1$lbConflitto_Value',''))

**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