

# Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** ALIAS SRL

**Id Provider:** 2806

**Evento n°** 74510

**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

**Titolo del programma formativo** LE SPONDILITI SIERONEGATIVE

**Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** ROMA

**2.3 Comune** VALMONTONE

**2.4 Indirizzo** VIA DEI LECCI

**2.5 Luogo Evento** VALMONTONE HOSPITAL

**Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2013

**3.2 Data inizio** 07/12/2013

**3.3 Data fine** 07/12/2013

**Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 7

**Obiettivi dell'evento**

## 5.1 Obiettivo formativo

PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

## 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

AL TERMINE DEL CORSO IL MEDICO IN PARTICOLARE DI MEDICINA GENERALE DOVRÀ ESSERE IN GRADO DI INDIVIDUARE I SOGGETTI A RISCHIO O I SOGGETTI AFFETTI , MA NON INDIVIDUATI CLINICAMENTE , DA SPONDILITE SIERONEGATIVA E DI GESTIRE GLI STESSI NELLA TERAPIA, FARMACOLOGICA E NON, E NELLA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE PATOGENETICHE E IATROGENE

## 5.3 Acquisizione competenze di processo

## 5.4 Acquisizione competenze di sistema

Programma dell'attività formativa [Md 7.2.6 file unico .pdf](#)

## 6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	DOCENTE

**Crediti assegnati** 8,8

**Tipologia Evento** CORSO DI AGGIORNAMENTO

**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

## Responsabile Segreteria Organizzativa

**9.1 Cognome** DE CAROLIS

**9.2 Nome** SACHA

**9.3 Codice Fiscale** DCRSCH76D62H501E

**9.4 Telefono** 0775505912

**9.5 Cellulare** 3397544629

**9.6 E-Mail** ENDELLA@LIBERO.IT

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

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); MEDICINA INTERNA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; REUMATOLOGIA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE;

### Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	REUMATOLOGO	<a href="#">CV responsabile del corso .pdf</a>

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

### Metodo di Insegnamento

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO

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

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

**Numero partecipanti** 30

**Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE

**Verifica presenza dei partecipanti**

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

### **Verifica apprendimento dei partecipanti**

- CON QUESTIONARIO

**Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti** (facoltativo)

### **Sponsor**

**21.1 L'evento è sponsorizzato** SI

**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO

**21.3 Contratti di sponsorizzazione** [Md 7.2.5 autocertificazione sponsor evento .pdf](#)

Nome Sponsor

ABIOTEN PHARMA SPA

**L'evento si avvale di partner?** NO

**Dichiarazione Conflitto Interessi** [Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.pdf](#)

**Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI

**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

