

Formazione Residenziale

Ragione Sociale:

ALIAS SRL

Id Provider:

2806

Evento n°

76813

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

IL PAZIENTE CARDIO METABOLICO : UPDATE

2

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

3

Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento 2013

3.2 Data inizio 09/11/2013

3.3 Data fine 09/11/2013

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

IL DIABETE MELLITO È UNA MALATTIA CRONICA CHE COLPISCE IL 5% DELLA POPOLAZIONE. L'EVENTO HA COME SCOPO PRIMARIO L'AUMENTO DELLE CONOSCENZE E COMPETENZE NELLA GESTIONE DELLA MALATTIA E DELLE SUE COMPLICANZE ATTRAVERSO UN APPROCCIO INIZIALE NON FARMACOLOGICO I MEDICI , GLI INFERMIERI, I FISIOTERAPISTI E I DIETISTI PARTECIPANTI , OGNUNO PER IL PROPRIO RUOLO , ALLA FINE DEL CORSO DOVRANNO ESSERE IN GRADO DI GESTIRE E SEGUIRE NEL TEMPO LE PERSONE DIABETICHE ATTRAVERSO UN RAPPORTO EMPATICO FAVORENTE L'UTILIZZO DI . SUPPORTI "TERAPEUTICI" NON FARMACOLOGICI

5.3 Acquisizione competenze di processo

5.4 Acquisizione competenze di sistema

6

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

6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
APPETITO	LORENZO	PPTLNZ89C13A269F	RELATORE
DI FLAVIANI	ALESSANDRA	DFLLSN77S53H501Q	RELATORE

7

Crediti assegnati 9,7

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) ¹

9

Responsabile Segreteria Organizzativa

9.1 Cognome CUGINI

9.2 Nome SELENA

9.3 Codice Fiscale CGNSLN87C71L719Y

9.4 Telefono 0775505912

9.5 Cellulare 3204440795

9.6 E-Mail ENDELLA@LIBERO.IT

10

Professioni alle quali si riferisce l'evento formativoSettoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GERIATRIA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; REUMATOLOGIA; ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA;
INFERMIERE	INFERMIERE;
FISIOTERAPISTA	FISIOTERAPISTA;
DIETISTA	DIETISTA;

11

Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DI FLAVIANI	ALESSANDRA	DFLLSN77S53H501Q	SPECIALISTA IN DIABETOLOGIA	CV EUROPEO di flaviani .pdf

12

Rilevanza dei docenti/relatori NAZIONALE

13

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
- 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) 0,00

16

Numero partecipanti 30

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 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

ROCHE DIAGNOSTICS S.P.A. – DIABETES CARE

22

L'evento si avvale di partner? NO

23

Dichiarazione Conflitto Interessi [Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.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