**Formazione Residenziale**

**Ragione Sociale:**ALIAS SRL

**Id Provider:**2806

**Evento n°**104999

**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** NOVITA’ NELL’ APPROCCIO CLINICO IN TEMA DI OSTEOPOROSI

**Sede** ITALIA

**2.1 Regione** PUGLIA

**2.2 Provincia** BARI

**2.3 Comune** BARI

**2.4 Indirizzo** VIA G. CAPRUZZI 326

**2.5 Luogo Evento** VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2014

**3.2 Data inizio** 15/11/2014

**3.3 Data fine** 15/11/2014

**Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)** 6

**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 METTERE IN ATTO PROVVEDIMENTI UTILI A PREVENIRE LE FRATTURE LEGATE ALL’ETÀ

**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** |
| BUCCI | ROMANO | BCCRNN58L02D643M | RELATORE |
| CAPOCASALE | NICOLA | CPCNCL53D30A662D | RELATORE |
| LA FORGIA | RENATO | LFRRNT53M23A662M | RELATORE |
| NOTARNICOLA | ANGELA | NTRNGL78E70H096E | RELATORE |

**Crediti assegnati** 6,5

**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** NON PRESENTE

**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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Professione** | **Discipline** |
| MEDICO CHIRURGO | ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; NEFROLOGIA; ONCOLOGIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); |

**Responsabili Scientifici**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Qualifica** | **Curriculum Vitae** |
| CAPOCASALE | NICOLA | CPCNCL53D30A662D | DIRIGENTE ORTOPEDIA | [CURR NICOLA CAPOCASALE.pdf](http://ecm.provider.agenas.it/Eventi/dettaglio_res.aspx?id_resp=158816) |

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**Metodo di Insegnamento**

* SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
* CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")
* PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)

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

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

**Numero partecipanti** 40

**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** |
| BRUNO FARMACEUTICI 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