

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** ALIAS SRL  
**Evento n°** 202168

**Id Provider:** 2806  
**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

CORSO REGIONALE ASON LAZIO PROBLEMATICHE OSTEOARTICOLARI AD ALTA PREVALENZA. LE ALTERAZIONI POSTURALI

**Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** ROMA

**2.3 Comune** PALESTRINA

**2.4 Indirizzo** VIA PRENESTINA NUOVA 307/B

**2.5 Luogo Evento** SALA CONGRESSI "DEA FORTUNA PRIMIGENIA"

### Periodo di svolgimento

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017

**3.2 Data inizio** 11/11/2017

**3.3 Data fine** 11/11/2017

**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

L'OBIETTIVO DELL'INCONTRO È QUELLO DI TRASMETTERE LE CONOSCENZE BASE SULLE PRINCIPALI DEFORMITÀ DEL RACHIDE NELL'ETÀ DELLO SVILUPPO: SCOLIOSI IDIOPATICA E IPERCIFOSI. SI PARLERÀ SUCCESSIVAMENTE DEL PIEDE PIATTO, DELLE TECNICHE STRUMENTALI CHE CONSENTONO DI DIAGNOSTICARE E CARATTERIZZARE I DEFICIT BIOPATOMECCANICI COMUNI QUALI CAVISMO/PIATTISMO, METATARSALGIE, FASCITI PLANTARI, ARTROSI E DI DEFINIRE DELLE LINEE GUIDA TEORICO-PRATICHE PER LA PROGETTAZIONE E COSTRUZIONE DI PLANTARI SU MISURA

#### 5.3 Acquisizione competenze di processo

#### 5.4 Acquisizione competenze di sistema

### 6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BORZI	MARCO	BRZMRC70A07M141J	RELATORE
DE MALDE'	DANIELE	DMLDNL78E30D086S	RELATORE
DI STANISLAO	EUGENIO	DSTGNE82E04A345C	RELATORE
DONATI	FABRIZIO	DNTFRZ86C18C352L	RELATORE
PAGNOTTA	GAETANO	PGNGTN51C07H501O	RELATORE
RONCONI	PAOLO	RNCPLA52R21H501M	RELATORE

### Crediti assegnati 6

**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** 0775505916

**9.5 Cellulare** 3483445651

**9.6 E-Mail** SEGRETERIA@ALIASFORMAZIONE.IT

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

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; REUMATOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA;

### Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
RONCONI	PAOLO	RNCPLA52R21H501M	RESPONSABILE CHIRURGIA DEL PIEDE	<a href="#">cv prof Ronconi Paolo INGLESE AGGIORNATO.pdf</a>

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**Metodo di Insegnamento**

- CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")

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

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

**Numero partecipanti previsti** 50

**Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE

**Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA

**Verifica apprendimento dei partecipanti**

- CON QUESTIONARIO

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

**Sponsor**

**21.1 L'evento è sponsorizzato** NO

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

**21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [Md 7.2.5.1 assenza di finanziamenti evento .pdf](#)

**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 ECMSI**