

Sede

PARK HOTEL Centro Congressi
Raccordo Autostradale Basentana «S.S. 407» Km. 50 - Potenza
Tel. 0971 472204 - Fax 0971 470812

Iscrizione

L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria e dà diritto a:

- partecipazione alle sessioni scientifiche
- Kit congressuale
- coffee break e lunch
- attestato di partecipazione

La domanda di adesione dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa al numero di fax 080.2140203 - 080.9905359 o all'indirizzo info@meeting-planner.it tramite l'allegata scheda (tutti i campi sono obbligatori).
Domande inoltrate sotto altra forma o incomplete non potranno essere accettate.
Sarà obbligo del discente verificare la disponibilità dei posti e l'avvenuta iscrizione.

Obiettivi Formativi Tecnico-professionali

**EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI (10)**

ECM

Il Provider ha attribuito all'evento n. 8,1 crediti formativi.
L'evento formativo è rivolto a Medici Chirurghi specialisti in Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Pediatria, Malattie infettive.
Si rende noto che ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM e relativo invio dell'attestato è obbligatorio:
- aver preso parte all'intero evento formativo
- aver compilato la documentazione in ogni sua parte
- aver superato il questionario di valutazione ECM (score di superamento: 75%).

Il Provider è autorizzato a verificare l'effettiva presenza tramite firme.
Si ricorda inoltre che la certificazione non potrà essere rilasciata in caso di: registrazioni dopo l'orario d'inizio, uscita anticipata rispetto alla fine dei lavori, consegna del questionario ECM a mezzo terzi.
Il Partecipante è tenuto a rispettare l'obbligo di reclutamento diretto fino ad un massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento (2014-2016). Non sono previste deroghe a tali obblighi.

Segreteria Scientifica

Dott. Michele Conversano
Presidente Nazionale S.I.t.I.
Dott. Francesco Locuratolo
Dirigente Medico - Regione Basilicata, Dipartimento Salute, Ufficio Politiche della Prevenzione

Segreteria Organizzativa e Provider

MEETING PLANNER SRL





Provider ECM Nazionale Accreditato n. 2516

Via Alberotanza, 5 - 70125 BARI
Tel. 080.9905360 - Fax 080.9905359 - 080.2140203
e-mail: info@meeting-planner.it - www.meeting-planner.it


con il contributo non condizionante di



con il Patrocinio

Sezione Regionale Apulo Lucana Regione Basilicata



AGGIORNAMENTI in VACCINOLOGIA

Presidente del Corso
Dott. Michele Conversano

Referente Scientifico
Dott. Francesco Locuratolo

Potenza, 22 Febbraio 2014

PARK HOTEL Centro Congressi

FACULTY

Chironna Maria

Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva
Università degli Studi di Bari

Conversano Michele

Presidente Nazionale S.I.t.I.

Fedele Alberto

Presidente Sezione Apulo-Lucana S.I.t.I.
Direttore U.O.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL - LE

Germinario Cinzia

Responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia
Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva
Università degli Studi di Bari

Graziano Maria Lucia

Dirigente Medico U.O. Igiene e Sanità Pubblica
ASP - Potenza

Labianca Michele

Dirigente Medico U.O. Igiene e Sanità Pubblica
ASP - Potenza

Locuratolo Francesco

Dirigente Medico - Regione Basilicata, Dipartimento Salute
Ufficio Politiche della Prevenzione

Maldini Morena

Dirigente Medico U.O. Igiene e Sanità Pubblica
ASP - Potenza

Marandola Marina

Dirigente Medico - Referente Aziendale Politiche Vaccinali
ASP - Potenza

Martinelli Domenico

Ricercatore in Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
Università di Foggia

Moliterni Espedito

Dirigente U.O. Igiene e Sanità Pubblica ex ASL di Matera - ASM

Negrone Francesco Saverio

Dirigente Dipartimento di Prevenzione Salute Umana
ASP - Potenza

Russo Teresa

Dirigente U.O. Igiene e Sanità Pubblica ex ASL di Montalbano - ASM

Schettini Silvana

Dirigente Medico - Responsabile Centro Vaccinale
ASP - Potenza ex ASL 1

Sileo Maria

Pediatra di Libera Scelta ASP - Potenza

Tramutoli Giovanni

Pediatra di Libera Scelta ASP - Potenza

Ore 08.30 Registrazione dei partecipanti

Saluto delle Autorità

08.45 Presentazione del Corso ed obiettivi formativi - **F. Locuratolo**

I SESSIONE

Moderatori: **M. Conversano - C. Germinario**

09.00 Le manifestazioni cliniche tipiche ed atipiche della
varicella - **G. Tramutoli**

09.30 La vaccinazione anti-varicella ed il ruolo dei vaccini
combinati - **D. Martinelli**

10.00 Le patologie da Rotavirus nel neonato e la profilassi
vaccinale - **M. Chironna**

10.30 Perché un vaccino anti-meningococco tetravalente
coniugato nel bambino e nell'adolescente - **A. Fedele**

11.00 *Discussione*

11.15 *Coffee break*

11.30 VaccinarSi la disinformazione contro i vaccini:
come affrontarla! - **M. Conversano**

12.00 La vaccinazione nell'adulto - **C. Germinario**

12.30 Il calendario vaccinale - **F. Locuratolo**

13.00 Poliomeelite - **M. Labianca**

13.15 *Discussione*

14.00 *Lunch*

II SESSIONE

Moderatori: **F. Locuratolo - F.S. Negrone**

14.30 Pneumococco - **E. Moliterni**

14.45 Meningococco - **T. Russo**

15.00 Pertosse - **M.L. Graziano**

15.15 MPR - **M. Marandola**

15.30 HPV - **S. Schettini**

15.45 Influenza - **M. Maldini**

16.00 Varicella - **M. Sileo**

16.15 *Discussione*

17.45 Chiusura Corso e consegna questionario ECM



MEETING PLANNER S.R.L.

SCHEDA DI ADESIONE e CONSENSO PRIVACY PER PARTECIPAZIONE AD EVENTI ECM – Educazione Continua in Medicina

Con riferimento all'Evento ECM del **22 febbraio 2014**
dal titolo **"AGGIORNAMENTI IN VACCINOLOGIA"**
che si terrà a **Potenza - Park Hotel Centro Congressi**
Provider **MEETING PLANNER SRL (PROVIDER 2516)**

Si rilascia la presente dichiarazione ai fini di consentire alla Segreteria Organizzativa, al Provider ed allo Sponsor commerciale GlaxoSmithkline S.p.A. di ottemperare a tutti gli adempimenti richiesti dalla vigente normativa – anche deontologica – del settore farmaceutico.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
domiciliato a _____ via _____
indirizzo e-mail _____ tel. _____
in servizio presso l'ente _____ di _____
in via _____

consapevole che la presente Scheda di Adesione compilata e sottoscritta è condizione essenziale per il rilascio del Certificato di partecipazione ed il riconoscimento dei crediti assegnati all'Evento

DICHIARA

(A) • di essere OPERATORE SANITARIO

MEDICO specialista in

Igiene, epidemiologia e sanità pubblica **Pediatria** **Pediatria (pediatri di libera scelta)** **Malattie infettive**

(B) • di svolgere la propria attività professionale

in **regime di convenzione** con il Servizio Sanitario Nazionale per la Medicina Generale e dunque di aver ottemperato a quanto previsto dall'art., 124 comma 4, del Decreto Legislativo 219/2006 e dalle leggi regionali vigenti - con riguardo **all'obbligo di segnalazione** preventiva alla rispettiva struttura sanitaria di appartenenza - della propria partecipazione sponsorizzata all'Evento di cui sopra.

quale dipendente di struttura sanitaria e di aver effettuato, ai soli fini di trasparenza verso il proprio ente di appartenenza, la **segnalazione** di cui sopra

esclusivamente in regime libero-professionale e dunque di **non essere dipendente** di struttura sanitaria e di **non essere** assoggettato all'obbligo di **segnalazione** di cui sopra

(C) • ai fini della tutela dei dati personali

di essere stato/a informato/a dei diritti previsti dall'Art. 7, 9 e 10 D. Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali c.d Codice della **Privacy**) e, in particolare, del diritto di conoscere quali propri dati siano oggetto di trattamento mediante richiesta al Responsabile del Trattamento Dati della Segreteria Organizzativa / Provider; del diritto di ottenere da parte di quest'ultimo l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati; del diritto di ottenere la trasformazione in forma anonima, il blocco o la cancellazione dei dati che Lo/La riguardano trattati in violazione di Legge, nonché del diritto di opporsi anche parzialmente per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali;

di esprimere il proprio consenso, ai sensi dell'Art. 23 del D. Lgs.196/03 al trattamento dei dati personali sopra riportati da parte della Segreteria Organizzativa / Provider. Tali dati, ai sensi dell'articolo 13 di tale decreto, potranno formare oggetto di comunicazione da parte della Segreteria Organizzativa / Provider a terzi esclusivamente per finalità correlate alla partecipazione all'Evento. In particolare potranno essere comunicati al Provider, a terzi incaricati dell'organizzazione dell'Evento (a titolo esemplificativo Agenzie Viaggi, Agenzie Organizzazione Congressi, Segreterie Congressi, Alberghi, Aziende di Trasporto) nonché all'Azienda Farmaceutica Sponsor, ai fini dell'adempimento degli obblighi richiesti all'Azienda Farmaceutica Sponsor da parte del Codice Deontologico della Farindustria, con riferimento esclusivo a detto Codice.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI – Meeting Planner srl (Provider 2516)

SEDE SOCIETARIA Via Alberotanza, 5 – 70125 Bari

RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO Maddalena Milone

DATA

FIRMA