

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL MEETING

Savoia Excelsior Palace Hotel
Riva del Mandracchio 4 - 34124 Trieste

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Il Corso è rivolto ad un numero massimo di **30 partecipanti**.

L'iscrizione sarà confermata dalla Segreteria Organizzativa previa ricezione della "Scheda di Iscrizione". L'iscrizione include:

- ◆ Partecipazione ai lavori scientifici
- ◆ Cartellina congressuale
- ◆ Attestato di partecipazione
- ◆ Break

E.C.M. Educazione Continua in Medicina

Nell'ambito del Programma di Educazione Continua in Medicina, sono stati riconosciuti nr. **5,6 Crediti Formativi** per Medici chirurghi specialisti in:

- ◆ Medicina generale
- ◆ Malattie apparato respiratorio
- ◆ Malattie infettive
- ◆ Medicina interna
- ◆ Urologia

L'attribuzione dei crediti formativi è subordinata alla partecipazione per l'intera durata dell'evento ed al corretto superamento del questionario di verifica (la prova si considera superata al raggiungimento del 75% di risposte corrette).

Con il contributo non condizionante di



A&R Eventi - SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
& PROVIDER ECM nr. 490

A&R Eventi

Via Renato Benassi 28
40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 051-47 42 38 Fax: 051-48 39 525
E-mail: clara@areventi.com www.areventi.com

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: Ripartiamo dalla pratica clinica

Presidente : Prof. Carlo Trombetta
Responsabile scientifico: Dott. Michele Rizzo



Martedì 26 Marzo 2019

Trieste, Savoia Excelsior Palace Hotel

ECM: 5,6 Crediti formativi evento nr. 490-250427 ed. 1

- 18:15 Registrazione partecipanti
 18:20 Presentazione del meeting
C. Trombetta

SESSIONE I**Moderatori: C. Trombetta, R. Luzzati, M. Busetti**

- 18:30 Resistenze antibiotiche: qual è lo scenario attuale?
M. Busetti
- 19:10 Antibiotici in urologia: li sappiamo usare?
R. Luzzati
- 19:30 Principi di antimicrobial stewardship per la gestione delle infezioni urinarie
S. Di Bella
- 19:50 Le condizioni frequenti nella pratica clinica: batteriuria asintomatica, infezioni urinarie non complicate, cistiti recidivanti, sostituzione del catetere vescicale
M. Rizzo
- 20:10 Discussione interattiva sugli argomenti trattati
- 20:50 *Break*

SESSIONE II - Sessione interattiva**Provoker: M. Rizzo**

- 21:00 Ripartiamo dalla pratica clinica: casi clinici
C. Adamo, P. Collari
- 23:00 Take home message
- 23:30 Test di verifica con questionario ECM e Chiusura del meeting

RELATORI**Dr.ssa Claudia Adamo**

Medico medicina generale, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

Dr.ssa Marina BusettiDirettore Struttura Complessa Microbiologia e Virologia
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste**Dr.ssa Patrizia Collari**

Nefrologo, MMG, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

Dr. Stefano Di BellaDipartimento Malattie Infettive
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste**Prof. Roberto Luzzati**Direttore Dipartimento ad Attività Integrata di Ematologia, Oncologia e Infettivologia
Direttore Malattie Infettive, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste**Dr. Michele Rizzo**

Struttura Complessa Clinica Urologica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

Prof. Carlo TrombettaDirettore Struttura Complessa Clinica Urologica
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: Ripartiamo dalla pratica clinica

Trieste, 26 Marzo 2018



Inviare la presente scheda debitamente compilata alla
 Segreteria Organizzativa **A&R Eventi sas**
 Tel 051 47 42 38 Fax 051 48 39 525
 E-mail: clara@areventi.com www.areventi.com

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale **obbligatorio:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Professione _____

Disciplina di appartenenza _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____

E-mail _____

Intolleranze/allergie alimentari _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art.28, I comma del Reg. 679/2016 (c.d. GDPR) il pieno rispetto delle disposizioni applicabili in materia di protezione dei dati personali previste dal GDPR che i dati personali raccolti nell'ambito del presente procedimento verranno trattati al solo fine di ottemperare agli obblighi di cui alla Legge n. 136/2010 e s.m. e integrazioni ed alla esecuzione dell'iscrizione all'evento in oggetto.

Data, __ / __ / ____ Firma _____