

Sede

R.S.A. Oasi di S. Francesco
Salita Quisisana, 30 - Castellammare di Stabia (NA)

Registrazioni

La partecipazione al Convegno è gratuita ma limitata alle prime 50 iscrizioni. Si prega di compilare la scheda di iscrizione allegata e di inviarla alla Segreteria Organizzativa

Attestato di partecipazione

Sarà rilasciato ai partecipanti regolarmente iscritti, al termine dei lavori

ECM

A questo evento formativo, accreditato nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) sono stati assegnati n. 7 crediti formativi. I crediti ECM saranno attribuiti solo e soltanto in funzione dell'effettiva partecipazione all'evento. I partecipanti dovranno compilare e restituire alla Segreteria Organizzativa il questionario di verifica dell'apprendimento e la scheda di valutazione dell'evento formativo, all'atto del ritiro dell'attestato di partecipazione.

N.B. L'ottenimento dei crediti, ai sensi della normativa vigente, è comunque vincolato al raggiungimento di almeno il 75% delle risposte esatte del test a scelta multipla sottoposto.

Proiezioni

Sarà a disposizione dei Relatori la video proiezione da computer con "Power Point". Non sarà possibile collegare il proprio PC per la presentazione in sala.

Eventuali proiezioni con supporti diversi dovranno essere segnalati alla Segreteria con largo anticipo

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

(Provider Agenas iscritto all'albo n. 726)

center
comunicazione
& congressi

Napoli


Via G. Quagliariello, 27 – 80131 Napoli
Tel 081 19578490 - Fax 081 19578071

Roma

Via Sabazio, 13- 00199 Roma
Tel 06 85301565

E-mail: info@centercongressi.it
www.centercongressi.com

IN COLLABORAZIONE CON

 **Bayer HealthCare**

IPERTENSIONE ARTERIOSA IN GERIATRIA

Castellammare di Stabia (NA), 25 febbraio 2012

Programma



IPERTENSIONE ARTERIOSA IN GERIATRIA

Castellammare di Stabia (NA), 25 febbraio 2012

8.00 **Registrazione dei partecipanti**

Ipertensione arteriosa e...

I sessione

Introduce e modera: *L. Iallonardo*

08.30 **“...il paziente geriatrico”**

S. Putignano

09.30 **Casi clinici**

L'età condiziona la prognosi? *C. Manzo*
Ipertensione e demenza *C. Volpe*
Appropriatezza prescrittiva
e comorbilità *P. Ragone*

10.00 **Discussione**

10.30 **Coffee Break**

II sessione:

Introduce e modera: *C. Alfano*

11.00 **“...l'organizzazione dei servizi territoriali
geriatrici in prevenzione cardiovascolare”**

B. Castaldo

12.00 **Casi clinici**

La valutazione del danno d'organo *A. Giacummo*
Trattamento co-fattori di rischio *G. Cerqua*
I problemi delle linee guida *V. Cambri*

12.30 **Discussione**

13.00 **Lunch**

III sessione:

Introduce e modera: *G. Passaro*

14.00 **“...la Geriatria territoriale e la continuità
assistenziale”**

S. Marino

15.00 **Casi clinici**

La terapia combinata. Quali scelte? *A. Capasso*
Il danno d'organo subclinico *L. Ferrara*
L'ipertensione sistolica isolata *A. Criscuolo*

15.30 **Discussione**

16.00 **Questionario ECM**

16.30 **Chiusura Lavori**

FACULTY

Alfano Camillo, *Pagani (SA)*

Cambri Vittorio, *Castellammare di Stabia (NA)*

Capasso Andrea, *Frattamaggiore (NA)*

Castaldo Biagio, *Napoli*

Cerqua Giuliano, *Caserta*

Criscuolo Alfonso, *Castellammare di Stabia (NA)*

Ferrara Luigi, *Napoli*

Giacummo Attilio, *Napoli*

Iallonardo Lucia, *Salerno*

Manzo Ciro, *Castellammare di Stabia (NA)*

Marino Saverio, *Castellammare di Stabia (NA)*

Passaro Giuseppe, *Napoli*

Putignano Salvatore, *Napoli*

Ragone Pasquale, *Castellammare di Stabia (NA)*

Volpe Clelia, *Napoli*

Ipertensione arteriosa in Geriatria
Castellammare di Stabia (NA), 25 febbraio 2012

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Tit. _____ Professione* _____ Area Specialistica* _____

Occupazione: Libero Professionista _____ - Dipendente _____ - Convenzionato _____

Cognome* _____ Nome* _____

Indirizzo⁽¹⁾ _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel.* _____ Fax _____ E-mail _____

Codice Fiscale* _____ Luogo di Nascita* _____ Data di Nascita* _____

Istituzione di Appartenenza⁽²⁾ _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

***Dati indispensabili per l'attribuzione dei crediti ECM. In mancanza di tali dati, per l'impossibilità di trasmissione al Ministero della Salute, i crediti ECM non potranno essere attribuiti. Desidero ricevere la corrispondenza e la certificazione dei crediti ECM presso: l'indirizzo (1) l'indirizzo (2)**

La partecipazione è gratuita ma limitata ai primi 50 medici

I dati saranno trattati ai sensi della Legge n. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Ai sensi della Legge n. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni, il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal punto 3.2 del vigente codice deontologico di Farmindustria, dà il proprio consenso a trasmettere al Comitato di controllo i propri dati.

Firma _____

Da inviare a: Center Comunicazione e Congressi srl via Fax allo 081 19578071 o via e-mail: info@centercongressi.it