



# E.C.M.



## Commissione Nazionale Formazione Continua

### Dettaglio Evento Informazioni Provider

#### Ragione Sociale

Qibli' S.R.L.

#### ID Provider

2007

### Informazioni Generali

#### Riferimenti Evento

Evento n°: 485625

Edizione n°: 1

#### Titolo dell'evento

Il Camaleonte Chiamato Celiachia

#### Periodo svolgimento

Data inizio: 06/06/2026 Data Fine: 06/06/2026 Durata effettiva dell'attività formativa: 4

#### Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA)?

No

#### L'evento si svolge all'estero?

No

#### L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia ?

No

### Piano Formativo

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

**Medico Chirurgo:** Gastroenterologia;

**Dietista:** Dietista;

**Medico Chirurgo:** Pediatria;

**Biologo:** Biologo;

**Medico Chirurgo:** Endocrinologia; Pediatria (Pediatri Di Libera Scelta); Medicina Generale (Medici Di Famiglia); Medicina Interna;

**Infermiere:** Infermiere;

#### Programma dell'attività formativa

[Programma\\_RES\\_3145.pdf](#)

#### Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
FELICIANGELI	GIUSEPPE	FLCGPP67M29D542L	UFFICIALE MEDICO	<a href="#">feliciangeli-compresso.pdf</a>

#### Area obiettivi

Obiettivi formativi di sistema

---

*Obiettivo formativo*

2 - Linee guida - protocolli - procedure

---

*Acquisizione competenze di processo*

- Riconoscere Precocemente La Celiachia, Anche Nelle Forme Atipiche - Applicare Percorsi Diagnostici Aggiornati Ed Evidence-Based - Gestire Il Paziente In Modo Integrato (Diagnosi-Follow-Up) - Collaborare In Equipe Multidisciplinare - Implementare Screening Nelle Popolazioni A Rischio - Contribuire All'Organizzazione Dei Servizi Sanitari - Educare Alla Dieta Senza Glutine E Alla Sicurezza Alimentare - Mantenere Aggiornamento Continuo E Confronto Professionale

---

*Il provider ha dichiarato di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali riferiti all'evento ECM ai sensi della normativa vigente all'atto dell'inserimento*

Si

---

## Informazioni Partecipante

*Quota Partecipazione*

0,00 €

*Numero di Partecipanti*

180

*Crediti Assegnati*

2,8

---

*Verifica Presenza dei Partecipanti*

Firma Di Presenza

---

*Verifica Apprendimento dei Partecipanti*

Questionario A Risposta Multipla Online

---

## Segreteria Organizzativa

*Responsabile della Segreteria Organizzativa*

Nome: FRANCESCA

Cognome: GIANSANTE

Codice Fiscale: GNSFNC76B50A271E

---

*Contatti Segreteria Organizzativa*

Telefono: 3313695096

Email: A.GIANGRECO@QIBLI.IT

---

## Forme di Finanziamento

*Sponsor*

L'evento è Sponsorizzato? No

---

Sono Presenti Altre Forme di Finanziamento? Si

Autocertificazione di assenza altre forme di Finanziamento

---

L'evento è sponsorizzato, in deroga a quanto stabilito dal comma 4 dell'art. 13 del DM 82/2009, da aziende interessate agli alimenti per la prima infanzia? No

---

*Partner*

L'evento è si avvale di partner? Si

---

*Elenco Partner*

**Nome Partner**AIC MARCHE APS

---

**Modulo RES***Periodo svolgimento**Data inizio:* 06/06/2026 *Data Fine:* 06/06/2026 *Durata effettiva dell'attività formativa:* 4

---

*Luogo di Svolgimento**Regione:* MARCHE*Provincia:* ANCONA*Comune:* ANCONA*Indirizzo:* PIAZZA DELLA REPUBBLICA, 16*Luogo:* TEATRO DELLE MUSE*Il Luogo di Svolgimento è all'Estero:* No

---

*Tipologia Evento RES*Congresso/Simposio/Conferenza/Seminario

---

*Formazione Residenziale Interattiva* No

---

*Crediti Assegnati dal Modulo RES*2,8

---

*Rilevanza dei docenti/relatori*Nazionale

---

*Metodi di Insegnamento*serie di relazioni su tema preordinato

---

*Lingua**E' Previsto l'utilizzo della Sola Lingua Italiana?* Si*Esiste Un Sistema di Traduzione Simultanea?* No

---

*Provenienza Presumibile dei Partecipanti*Nazionale

---