



**E.C.M.**

*Educazione Continua in Medicina*



## **Formazione Residenziale**

**Ragione Sociale:**

ALIAS SRL

**Id Provider:**

2806

**Evento n°**

74342

**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**

**1**

**Titolo del programma formativo**

GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON BPCO

**2**

**Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** LATINA

**2.3 Comune** FORMIA

**2.4 Indirizzo** VIA APPIA SUD

**2.5 Luogo Evento** HOTEL MIRAMARE

**3**

**Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2013

**3.2 Data inizio** 09/11/2013

**3.3 Data fine** 09/11/2013

**4**

**Durata effettiva dell'attività formativa(in ore)** 7

**5**

**Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo**

PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali**

LA BPCO È UNA MALATTIA CRONICA RESPIRATORIA CHE HA UN PESO DOMINANTE IN SANITÀ PUBBLICA E L'OBIETTIVO DI RIDURNE IL CRESCENTE IMPATTO EPIDEMIOLOGICO E SOCIO-ECONOMICO NON PUÒ PRESCINDERE DALL'ASCOLTARE LE REALI RICHIESTE E LE ASPETTATIVE DEI PAZIENTI STESSI.

**5.3 Acquisizione competenze di processo**

## 5.4 Acquisizione competenze di sistema

6

Programma dell'attività formativa [Md 7.2.6 file unico .pdf](#)

### 6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
CATALDI	MARIA ELVIRA	CTLMLV54B58A185X	RELATORE
CORBO	GIUSEPPE MARIA	CRBGPP53L25D843K	RELATORE
PISTELLI	RICCARDO	PSTRCR49A01G148S	RELATORE
VALENTE	SALVATORE	VLNSVT46R02D843T	RELATORE
VALENTE	SALVATORE	VLNSVT51D22D843T	RELATORE

7

Crediti assegnati 7,6

8

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

9

Responsabile Segreteria Organizzativa

**9.1 Cognome** DE CAROLIS

**9.2 Nome** SACHA

**9.3 Codice Fiscale** DCRSCH76D62H501E

**9.4 Telefono** 0775505912

**9.5 Cellulare** 3397544629

**9.6 E-Mail** ENDELLA@LIBERO.IT

**10**

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

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; CARDIOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GERIATRIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MEDICINA INTERNA; MEDICINA DELLO SPORT; CHIRURGIA TORACICA; OTORINOLARINGOIATRIA; RADIODIAGNOSTICA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);

**11**

**Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
VALENTE	SALVATORE	VLNSVT46R02D843T	PROFESSORE MALATTIE APP. RESPIRATORIO	<a href="#">Cv prof. valente .pdf</a>

**12**

**Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**13**

**Metodo di Insegnamento**

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)

**14**

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

**15**

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

**16**

**Numero partecipanti 40**

**17**

**Provenienza presumibile dei partecipanti REGIONALE**

**18**

**Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI

**19**

**Verifica apprendimento dei partecipanti CON QUESTIONARIO**

**20**

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

**21**

**Sponsor**

**21.1 L'evento è sponsorizzato SI**

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

**21.3 Contratti di sponsorizzazione** [Md 7.2.5 autocertificazione sponsor evento .pdf](#)

**Nome Sponsor**

LABORATORI GUIDOTTI SPA

**22**

**L'evento si avvale di partner?** NO

**23**

**Dichiarazione Conflitto Interessi** [Md 7.5.0.1 conflitto interessi provider.pdf](#)

**24**

**Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI

**25**

**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 ECM**

SI