



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

agenas.s.



ALLIAS2008 Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: ALIAS SRL

Id Provider: 2806

Evento n° 249683

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 AGGIORNAMENTI IN PNEUMOLOGIA : BPCO E ASMA

2 Sede ITALIA

2.1 Regione LAZIO

2.2 Provincia FROSINONE

2.3 Comune FERENTINO

2.4 Indirizzo VIA CASILINA KM 74,600

2.5 Luogo Evento HOTEL BASSETTO

3 Periodo di svolgimento
3.1 Anno del piano Formativo di riferimento 2019

3.2 Data inizio 23/03/2019

3.3 Data fine 23/03/2019

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

5 Obiettivi dell'evento
5.1 Obiettivo formativo DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali LE PATOLOGIE RESPIRATORIE , IN CONTINUO AUMENTO , NECESSITANO DI UN APPROCCIO SEMPRE PIÙ PUNTUALE E PERSONALIZZATO SIA PER PERMETTERE ALLE PERSONE CHE NE SONO AFFETTE UNA QUALITÀ DI VITA ACCETTABILE SIA PER POTER UTILIZZARE AL MEGLIO LE OFFERTE TERAPEUTICHE CHE LA RICERCA METTE A DISPOSIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA E NON .

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 e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	RELATORE
PROFETA	ZANGRILLI	ZNGPFT65D15C479W	RELATORE

7 Crediti assegnati	9,4
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	PRESENTE
8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)	1
9 Responsabile Segreteria Organizzativa	
9.1 Cognome	DE ANGELIS
9.2 Nome	MADDALENA
9.3 Codice Fiscale	DNGMDL90C62H501S
9.4 Telefono	0775506278
9.5 Cellulare	3483445651
9.6 E-Mail	SEGRETERIA@ALIASFORMAZIONE.IT
10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo	Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMALIA; NEUROLOGIA; REUMATOLOGIA; CHIRURGIA GENERALE; ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
ZANGRILLI	PROFETA	ZNGPFT65D15C479W	SPECIALISTA PNEUMOLOGO	CV Zangrilli Profeta.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori	NAZIONALE
13 Metodo di Insegnamento	<ul style="list-style-type: none"> SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI) ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?	SI
15 Quota di partecipazione? (in euro)	0,00
16 Numero partecipanti previsti	25
17 Provenienza presumibile dei partecipanti	REGIONALE
18 Verifica presenza dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> FIRMA DI PRESENZA
19 Verifica apprendimento dei partecipanti	<ul style="list-style-type: none"> 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** [7.2.5 Autocertificazione sponsor evento.pdf](#)

Nome Sponsor	Supporto finanziario Sponsor
GLAXOSMITHKLINE SPA	2330,00
ABIOTEN PHARMA SPA	1000,00

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[Indietro](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586 - [Cookie Policy](#) **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI