



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

ALLIAS2008 [Log Out](#)

## Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** ALIAS SRL

**Id Provider:** 2806

**Evento n°** 249506

**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 MEDICINA RESPIRATORIA
- 2 Sede** ITALIA
- 2.1 Regione** LAZIO
- 2.2 Provincia** ROMA
- 2.3 Comune** ROMA
- 2.4 Indirizzo** VIA FERMO OGNIBENE, 23
- 2.5 Luogo Evento** CENTRO CONGRESSI MULTIMEDIALE IFO "RAFFAELE BASTIANELLI"
- 3 Periodo di svolgimento**
- 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2019
- 3.2 Data inizio** 11/05/2019
- 3.3 Data fine** 11/05/2019
- 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
CILENTI	VINCENZO	CLNVCN45L16H501Z	MODERATORE
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	RELATORE

DI MICHELE	LORETA	DMCLRT65R53H501S	RELATORE
MASTROPASQUA	ELIUCCIA	MSTLCC66B54H501T	RELATORE
PAPALE	MARIA	PPLMRA66T54H501H	RELATORE
PIPERNO	GIORGIO	PPRGRG72C03H501T	RELATORE
SCARLATA	SIMONE	SCRSMN77R19G273U	RELATORE
TOMA	LUIGI	TMOLGU62T24L008A	RELATORE

**7 Crediti assegnati** 7

**8 Tipologia Evento** CORSO DI ADDESTRAMENTO

**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 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; CARDIOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA INTERNA; NEUROLOGIA; REUMATOLOGIA; CHIRURGIA GENERALE; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
PAPALE	MARIA	PPLMRA66T54H501H	SPECIALISTA IN MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORI	<a href="#">CV_Papale.pdf</a>

**12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE

**13 Metodo di Insegnamento**

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI
- 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?** 0,00  
(in euro)

**16 Numero partecipanti previsti** 40

**17 Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE

**18 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA

**19 Verifica apprendimento dei partecipanti**

- QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA

**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	1500,00
GRIFOLS ITALIA SPA	1400,00
ABIOGEN PHARMA SPA	700,00
ZAMBON ITALIA SRL	3000,00

**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 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016** SI

Indietro

[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - cod. fisc 97113690586 - [Cookie Policy](#)

The logo consists of the text 'agenas.' in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized graphic element of two curved lines in blue and orange. To the right of this is the full name 'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI' in a smaller, uppercase font.