



### 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** 18/05/2019

**3.3 Data fine** 18/05/2019

**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
DELL'ANNA	VINCENZO	DLLVCN57M14H501Z	RELATORE
PROFETA	ZANGRILLI	ZNGPFT65D15C479W	RELATORE
SCARSELLA	LUCA	SCRLCU67A26L780F	RELATORE

<b>7 Crediti assegnati</b>	9,4
<b>8 Tipologia Evento</b>	CORSO DI AGGIORNAMENTO
<b>8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni</b>	NON PRESENTE
<b>8.2 Formazione Residenziale Interattiva</b>	PRESENTE
<b>8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)</b>	1
<b>9 Responsabile Segreteria Organizzativa</b>	
<b>9.1 Cognome</b>	DE ANGELIS
<b>9.2 Nome</b>	MADDALENA
<b>9.3 Codice Fiscale</b>	DNGMDL90C62H501S
<b>9.4 Telefono</b>	0775506278
<b>9.5 Cellulare</b>	3483445651
<b>9.6 E-Mail</b>	SEGRETERIA@ALIASFORMAZIONE.IT
<b>10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo</b>	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 TERMALE; NEUROLOGIA; REUMATOLOGIA; CHIRURGIA GENERALE; ORTOPEDIA 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	<a href="#">CV Zangrilli Profeta.pdf</a>

<b>12 Rilevanza dei docenti/relatori</b>	NAZIONALE
<b>13 Metodo di Insegnamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</li> <li>• PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</li> <li>• ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</li> </ul>
<b>14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?</b>	SI
<b>15 Quota di partecipazione? (in euro)</b>	0,00
<b>16 Numero partecipanti previsti</b>	25
<b>17 Provenienza presumibile dei partecipanti</b>	REGIONALE
<b>18 Verifica presenza dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIRMA DI PRESENZA</li> </ul>
<b>19 Verifica apprendimento dei partecipanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA</li> </ul>
<b>20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)</b>	
<b>21 Sponsor</b>	
<b>21.1 L'evento è sponsorizzato</b>	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
ABIOTEN PHARMA SPA	1000,00
GLAXOSMITHKLINE SPA	2830,00

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](#)