

Sede

Aula Formazione FIMMG Napoli
Viale Cinthia Is. 41 – P.co San Paolo, Napoli

Registrazioni

La partecipazione al Convegno è su invito ed limitata alle prime 40 iscrizioni. Gli interessati potranno inviare la scheda allegata alla segreteria organizzativa (Fax 081 19578071 – email: info@centercongressi.com).

L'ammissione sarà regolata in base alla data di arrivo della richiesta d'iscrizione (farà fede l'imprinting del fax o la data di ricezione della mail).

Ai partecipanti regolarmente iscritti sarà rilasciato l'attestato di partecipazione.

ECM

A questo evento formativo, accreditato nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM), saranno assegnati dal Ministero della Salute 6,5 crediti formativi per la professione di Medico Chirurgo con le seguenti specialità: Allergologia ed Immunologia Clinica, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Malattie Infettive Medicina Interna, Medicina dello Sport, Patologia Clinica, Medicina del lavoro e Medicina Generale.

Ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi, sarà rilevata la presenza dei partecipanti in ingresso ed in uscita, con il registro delle firme.

Gli interessati dovranno compilare e restituire alla segreteria organizzativa il questionario di verifica dell'apprendimento e la scheda di valutazione dell'evento formativo, all'atto del ritiro dell'attestato di partecipazione.

N.B.: l'ottenimento dei crediti, ai sensi della normativa vigente, è comunque vincolato all'effettiva partecipazione all'evento ed al raggiungimento di almeno il 75% delle risposte esatte del test a scelta multipla sottoposto. Pertanto, la certificazione ECM, sarà inviata via e-mail ai partecipanti, dopo aver effettuato tali verifiche.

Responsabile Scientifico

Luigi Sparano

Con il contributo incondizionato di



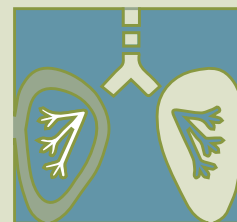
People and ideas for innovation in healthcare

Segreteria Organizzativa e Provider ECM



Via G. Quagliariello, 27 • 80131 Napoli
ph 081.19578490 • fax 081.19578071

info@centercongressi.com • www.centercongressi.it



APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA NELL'ASMA E NELLA BPCO

NAPOLI
5 Dicembre 2015

programma

FACULTY

Matteo Laringe

Medico di Medicina Generale
ASL Na1 Napoli

Massimo Smaldone

Medico di Medicina Generale
ASL Na2 Nord Pozzuoli (NA)

Luigi Sparano

Medico di Medicina Generale
ASL Na1 Centro Napoli

Antonio Starace

Dirigente Medico U.O.C. di Pneumologia I
e Fisiopatologia respiratoria
A.O.R.N. A. Cardarelli, Napoli



APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA NELL'ASMA E NELLA BPCO

5 Dicembre 2015

- 8.00 **Apertura Lavori**
L. Sparano
- 8.30 **Dimensioni del problema: sovradiagnosi e sottodiagnosi**
L. Sparano
- 9.00 **L'aderenza al trattamento**
A. Starace
- 9.30 **Il concetto di luogo-fruizione del servizio ambulatoriale**
L. Sparano
- 10.00 **Progetto respiro flegreo: un possibile modello**
M. Smaldone
- 10.30 **coffee break**
- 10.45 **Rilevazione dei consumi farmaceutici iniziali**
M. Laringe
- 12.15 **Obiettivi sul fronte clinico e sul fronte sociale per un miglioramento della spesa sanitaria**
M. Smaldone
- 12.45 **Asma non controllato: necessità di deposizione e azione dei farmaci antiasmatici a livello delle vie aeree periferiche**
A. Starace
- 13.15 **Controllo dell'asma: ruolo della terapia inalatoria con associazioni fisse di corticosteroidi e broncodilatatori a lunga durata d'azione**
A. Starace
- 13.45 **Appropriatezza quale processo di responsabilizzazione per una etica professionale**
M. Smaldone
- 14.15 **I risultati della ricerca, l'esperienza clinica ed i valori dei pazienti a confronto**
L. Sparano
- 14.45 **Discussione sui temi trattati e Questionari ECM**

Appropriatezza diagnostico-terapeutica nell'asma e nella BPCO

Napoli, 5 dicembre 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Tit. _____ Professione* _____ Area Specialistica* _____

Occupazione: Libero Professionista _____ - Dipendente _____ - Convenzionato _____

Cognome* _____ Nome* _____

Indirizzo(1) _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel.* _____ Fax _____ E-mail _____

Codice Fiscale* _____ Luogo di Nascita* _____ Data di Nascita* _____

Istituzione di Appartenenza(2) _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

***Dati indispensabili per l'attribuzione dei crediti ECM. In mancanza di tali dati, per l'impossibilità di trasmissione al Ministero della Salute, i crediti ECM non potranno essere attribuiti. Desidero ricevere la corrispondenza e la certificazione dei crediti ECM presso:**

l'indirizzo (1) l'indirizzo (2)

La partecipazione è gratuita ma limitata ai primi 40 Medici (MMG, Allergologia ed Immunologia Clinica, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina Interna, Malattie Infettive, Medicina dello Sport, Patologia Clinica, Medicina del lavoro)

I dati saranno trattati ai sensi della Legge n. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Ai sensi della Legge n. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni, il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal punto 3.2 del vigente codice deontologico di Farmindustria, dà il proprio consenso a trasmettere al Comitato di controllo i propri dati.

Firma _____

Da inviare a: Center Comunicazione e Congressi srl via Fax allo 081 19578071 o via e-mail: info@centercongressi.com