

Relatori e Moderatori:

Rachele Adorisio (Roma)

Fabiana Baldi (Roma)

Orazio Bonaccorso (Roma)

Angelo D'Urso (Roma)

Ruggiero Mango (Roma)

Giovanna Manzi (Roma)

Simona Mega (Roma)

Antonella Romaniello (Roma)

Carmine Dario Vizza (Roma)

SEDE DEL CORSO
BETTOJA HOTEL MASSIMO D'AZEGLIO
Via Cavour, 18
00185 Roma RM
Tel. 06.4870270

RESPONSABILI SCIENTIFICI
Angelo D'Urso
Ruggiero Mango

SEGRETERIA SCIENTIFICA
A.R.C.A. LAZIO



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

Univers Formazione S.r.l.
Via P.A. Micheli, 96 - 00197 Roma
Tel. 06.80916711
Fax 06.36005833
formazione@universformazione.com



CREDITI FORMATIVI

Il Corso è stato accreditato presso la sezione ECM del Ministero della Salute con il n° ID 4727-273460.

Ha ottenuto 6 Crediti Formativi.

L'accreditamento è rivolto alla figura professionale di MEDICO CHIRURGO: Cardiologia, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina Generale (Medici di Famiglia), Medicina Interna, Reumatologia

L'erogazione dei Crediti ECM è subordinata:

- alla partecipazione effettiva ad almeno il 90% della durata dei lavori
- al superamento della verifica di apprendimento (score di superamento del questionario: 75%)
- alla corrispondenza tra professione e disciplina del partecipante e professione e discipline cui l'evento è rivolto
- alla compilazione (corretta e leggibile) in ogni sua parte della documentazione ed alla sua consegna al termine dei lavori

OBIETTIVO FORMATIVO

Linee guida - Protocolli - Procedure

QUOTA D'ISCRIZIONE
Gratuita

CON LA SPONSORIZZAZIONE NON CONDIZIONANTE DI:



A JANSSEN PHARMACEUTICAL COMPANY
OF Johnson & Johnson

IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE: QUALI PERCORSI TRA TERRITORIO E CENTRI DI RIFERIMENTO



www.arcacardio.eu
www.arcalazio.com

16 NOVEMBRE 2019
ROMA
BETTOJA HOTEL MASSIMO D'AZEGLIO



PROGRAMMA SCIENTIFICO

16 NOVEMBRE 2019

09:00 Registrazione dei partecipanti

09:15 Presentazione del Corso

I SESSIONE: DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA CLINICA (PH)

Moderatori: Angelo D'Urso (Roma)

Ruggiero Mango (Roma)

LETTURA:

L'Ipertensione Polmonare (PH)
Carmine Dario Vizza (Roma)

10:00 Aspetti ecocardiografici
Simona Mega (Roma)

10:30 La valutazione pneumologica
Fabiana Baldi (Roma)

11:00 Discussione

11:30 Coffee break

II SESSIONE: TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE POLMONARE

Moderatori: Orazio Bonaccorso (Roma)
Angelo D'Urso (Roma)

12:00 La terapia medica
Antonella Romaniello (Roma)

12:30 Casi particolari:
i GUCH, quando e come trattarli
Rachele Adorisio (Roma)

13:00 Discussione

13:30 Colazione di lavoro

SESSIONE CASI CLINICI

14:30 Caso clinico 1:
PH secondaria a patologia
del cuore sinistro
Antonella Romaniello (Roma)

15:00 Caso clinico 2:
PH secondaria a malattia respiratoria
Fabiana Baldi (Roma)

15:30 Caso clinico 3:
PAH associata a sclerosi sistemica
Giovanna Manzi (Roma)

CALL TO ACTION: TAVOLA ROTONDA

16:00 Proposte e idee per una gestione ottimale
tra cardiologia del territorio e centri di
riferimento
Rachele Adorisio (Roma)
Fabiana Baldi (Roma)
Orazio Bonaccorso (Roma)
Angelo D'Urso (Roma)
Ruggiero Mango (Roma)
Giovanna Manzi (Roma)
Simona Mega (Roma)
Antonella Romaniello (Roma)
Carmine Dario Vizza (Roma)

16:45 Conclusioni
e compilazione questionario ECM

17:00 Chiusura del Corso

SCHEDA D'ISCRIZIONE

IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE: QUALI PERCORSI TRA TERRITORIO E CENTRI DI RIFERIMENTO

La partecipazione al Corso è gratuita ma vincolata all'invio alla Segreteria Organizzativa della scheda di adesione che dovrà pervenire debitamente compilata entro e non oltre il 27 Ottobre 2019.

Il Corso è riservato ai primi 30 iscritti, secondo l'ordine cronologico di arrivo della scheda di iscrizione. L'iscrizione in Sede Congressuale non è garantita ed è soggetta alla eventuale disponibilità residua. L'adesione dà diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, attestato di partecipazione, colazione di lavoro e coffee break.

Si prega di compilare la scheda in ogni sua parte e rispedirla alla Segreteria Organizzativa tramite e-mail all'indirizzo formazione@universformazione.com entro il 27 Ottobre 2019.

Tutti i campi sono obbligatori

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Professione: Medico Chirurgo

Specializzazione _____

Iscrizione Ordine/Collegio _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Cap. _____ Prov. _____

Tel./Cell. _____

E-mail _____

Ai sensi del D.L. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679, in qualità di interessato, presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti, al fine di ricevere comunicazioni inerenti l'organizzazione del suddetto congresso:

Do il consenso Nego il consenso

Data ____ / ____ / ____ Firma _____