



Formazione Residenziale

Ragione Sociale: PLANNING CONGRESSI

Id Provider: 38

Evento n° 481893

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 | RESTART FROM REAL WORLD PSORIASI MODERATA-SEVERA: NUOVE EVIDENZE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO |
| 2 Sede | ITALIA |
| 2.1 Regione | LOMBARDIA |
| 2.2 Provincia | MILANO |
| 2.3 Comune | MILANO |
| 2.4 Indirizzo | VIA LUIGI GALVANI, 12, 20124 MILANO |
| 2.5 Luogo Evento | HILTON MILAN HOTEL |
| 3 Periodo di svolgimento | |
| 3.1 Anno del piano Formativo di riferimento | 2026 |
| 3.2 Data inizio | 05/06/2026 |
| 3.3 Data fine | 05/06/2026 |
| 4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore) | 6 |
| 5 Obiettivi dell'evento | |
| 5.1 Obiettivo formativo | 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere |
| 5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali | OBIETTIVO DELL'EVENTO È QUELLO DI APPROFONDIRE I TEMI LEGATI ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE PSORIASICO COMPLESSO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE ESPERIENZE CLINICHE RACCOLTE NELLA REAL-LIFE ITALIANA, E CON UNO SGUARDO ALLE ESPERIENZE DI ALTRI PAESI EUROPEI, PROMUOVENDO L'INTERAZIONE E LO SCAMBIO DI PROSPETTIVE E ESPERIENZE TRA I PARTECIPANTI AL FINE DI INDIVIDUARE DELLE BUONE PRATICHE COMUNI PER LA GESTIONE CLINICA DI QUESTI PAZIENTI SFIDANTI |
| 5.3 Acquisizione competenze di processo | |
| 5.4 Acquisizione competenze di sistema | |
| 6 Programma dell'attività formativa | R1 - file unico Milano 5 giugno 2026.pdf |
| 6.1 Docenti e moderatori | |

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BARDAZZI	FEDERICO	BRDFRC58C06D612A	RELATORE
BURLANDO	MARTINA	BRLMTN78T45D969L	RELATORE
CAMPANATI	ANNA	CMPNNA69S52D548I	MODERATORE
CORRAO	SALVATORE	CRRSVT63E25D960U	MODERATORE
COSTANZO	ANTONIO	CSTNTN70M28H501X	RELATORE
DATTOLA	ANNUNZIATA	DTTNNN86A69F112U	RELATORE
DINI	VALENTINA	DNIVNT74T65E463X	RELATORE
GUARNERI	CLAUDIO	GRNCLD73S01C351D	MODERATORE
GUARNERI	CLAUDIO	GRNCLD73S01C351D	MODERATORE
LOCONSOLE	FRANCESCO	LCNFNC59L22A662I	RELATORE
MALAGOLI	PIERGIORGIO	MLGPGR64D01F205K	RELATORE
MARZANO	ANGELO VALERIO	MRZNLV62R23F205X	RELATORE
MEGNA	MATTEO	MGNMTT86P20F839M	RELATORE
NARCISI	ALESSANDRA	NRCLSN81S54H501O	RELATORE
ORSINI	DIEGO	RSNDGI87C11D086B	RELATORE
PINTER	ANDREAS	-	RELATORE
PRIGNANO	FRANCESCA	PRGFNC60H62M253E	RELATORE
RIBERO	SIMONE	RBRSMN84R03I470Z	RELATORE

- 7 Crediti assegnati** 6
- 8 Tipologia Evento** CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO
- 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** SPIGA
- 9.2 Nome** GIORGIA
- 9.3 Codice Fiscale** SPGGRG68P43A944D
- 9.4 Telefono** 0513000100
- 9.5 Cellulare** 3403628146
- 9.6 E-Mail** G.SPIGA@PLANNING.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
MALAGOLI	PIERGIORGIO	MLGPGR64D01F205K	MEDICO CHIRURGO	Malagoli CV.pdf
NARCISI	ALESSANDRA	NRCLSN81S54H501O	MEDICO CHIRURGO	CV Dott.ssa Narcisi 2024.pdf

- 12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento**
 - SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI

- 15 **Quota di partecipazione?**
(in euro) 0,00
- 16 **Numero partecipanti previsti** 60
- 17 **Provenienza presumibile dei partecipanti** NAZIONALE
- 18 **Verifica presenza dei partecipanti**
 - SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
- 19 **Verifica apprendimento dei partecipanti**
 - QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA ONLINE
- 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** [File sponsor contratti.pdf](#)

Nome Sponsor	Supporto finanziario Sponsor
LEO PHARMA SPA	123135,00

- 22 **L'evento si avvale di partner?** NO
- 23 **Dichiarazione Conflitto Interessi**
(obbligatoria in presenza di un partner)
- 24 **Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI
- 25 **Il provider dichiara di aver sottoposto al responsabile scientifico, docenti, relatori, tutor e moderatori l'informativa consultabile al seguente link: [INFORMATIVA FORMATORI \(Informativa NAZIONALE formatori corsi ECM\)](#). Il provider si impegna, inoltre, a sottoporre ai discenti dell'evento l'informativa reperibile al seguente link: [INFORMATIVA PARTECIPANTI Informativa NAZIONALE Partecipanti corsi ECM](#).** SI

Indietro

[Documenti](#) | [Normativa](#) | [Assistenza](#) | [Link utili](#)