



SEDE DEI LAVORI

AULA RIUNIONI - FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI
VIA CAMALDOLI, 64 - MILANO

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

VICTORY PROJECT CONGRESSI
VIA C. POMA, 2 - 20129 MILANO, ITALIA
TEL. +39 02 89 05 35 24
FAX +39 02 20 13 95
INFO@VICTORYPROJECT.IT
WWW.VICTORYPROJECT.IT

LA RELAZIONE TRA ASMA E BPCO

Cosa chiede il MMG e cosa può fare lo pneumologo

SABATO, 10 NOVEMBRE 2012

AULA RIUNIONI - FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - VIA CAMALDOLI, 64 - MILANO

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Andrea Airoidi

- 08.00 **Registrazione partecipanti**
- 08.30 **Introduzione e obiettivi del Convegno**
Pierachille Santus e Andrea Airoidi
- Moderatore: Pierachille Santus
- 08.45 **COSA CHIEDERE AL PAZIENTE E QUALE PERCORSO DIAGNOSTICO SEGUIRE PER LA DIAGNOSI DELLE PATOLOGIE OSTRUTTIVE**
Andrea Airoidi
- 09.15 **COME IMPOSTARE UN CORRETTO PERCORSO TRA TERRITORIO E OSPEDALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE OSTRUITO**
Rita Raccanelli
- 09.45 **INTERPRETAZIONE PRATICA DELLA SPIROMETRIA IN ASMA E BPCO**
Andrea Airoidi
- 10.15 *Discussione*
- 10.45 *Coffee break*
- 11.00 **COME E QUANDO DIFFERENZIARE L'ASMA BRONCHIALE ALLERGICA E NON ALLERGICA**
Francesca Giovannelli

- 11.30 **ASMA BRONCHIALE: ABBIAMO RAGGIUNTO UN BUON CONTROLLO?**
Rita Raccanelli
- 12.00 **BPCO: LA REVISIONE DELLE LINEE GUIDA GOLD. NOVITA' PER IL MMG**
Rita Raccanelli
- 12.30 *Discussione*
- 13.00 *Pausa pranzo*
- 14.00 **RAZIONALE ED UTILITÀ DELL'IMMUNOTERAPIA SPECIFICA NEL SOGGETTO ALLERGICO**
Francesca Giovannelli
- 14.30 **PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE CASO CLINICO: ASMA BRONCHIALE**
Francesca Giovannelli
- 15.15 **PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE CASO CLINICO: BPCO**
Rita Raccanelli
- 16.00 **Conclusioni** Pierachille Santus
- 16.30 **Termine dei lavori**

LA RELAZIONE TRA ASMA E BPCO

Cosa chiede il MMG e cosa può fare lo pneumologo

Si prega di inviare la presente scheda entro il **31 OTTOBRE 2012** a:

VICTORY PROJECT CONGRESSI srl
Via Carlo Poma, 2 – 20129 Milano
Fax 02 20 13 95

Nome _____

Cognome _____

Istituto _____

Dipartimento _____

Città _____

Cell. _____

E-mail _____

Professione:
si prega di indicare la propria disciplina tra quelle accreditate:

- ☐ Malattie dell'apparato respiratorio
- ☐ Medicina generale
- ☐ Altro (NON saranno attribuiti crediti ECM)

Data _____ Firma _____

Si informa che i Dati da Lei forniti verranno trattati dal Provider esclusivamente per le procedure di accreditamento e per l'invio di informative relative a successive attività formative organizzate da Victory Project Congressi, nel rispetto della normativa a tutela dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/2003.

SCHEDA D'ISCRIZIONE