

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

P E S C A R A

Commissione Albo Odontoiatri



Corso aggiornamento

ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA IN ABRUZZO: MODELLI ORGANIZZATIVI, AUTORIZZAZIONI E VERIFICHE ISPETTIVE

Sabato 11 luglio 2026 - ore 8,00/14,00

presso Auditorium Petrucci - Via delle Caserme, 60 - PESCARA

Accreditato ECM per n. 100 Medici Chirurghi e Odontoiatri

Evento n. _____ – Provider 2603

n. _____ crediti ECM

Obiettivo formativo:

11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali

ore 8,00	Registrazione partecipanti Introduzione <i>Dr.ssa Anna Maria Cardone - Presidente CAO Omceo Pescara</i>
ore 8,30	Il regime autorizzativo nella Regione Abruzzo <i>Dr.ssa Rosaria Di Giuseppe - Dirigente regionale presso il Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali della Giunta Regionale d'Abruzzo</i>
ore 9,30	Modelli organizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria. Le Società tra Professionisti e l'attività imprenditoriale: profili distintivi e ricadute autorizzative. <i>Ing. Andrea Tuzio - Consulente esperto in normativa sanitaria</i>
ore 10,30	Confronto/Dibattito <i>Moderatore: Dr. Fabio Ciuffolo - Componente CAO Omceo Pescara (Referente culturale) Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia</i>
ore 11,00	Quadro normativo e autorizzazioni all'uso di emoderivati in regime libero-professionale <i>Dr.ssa Anna Quaglietta - Direttrice Medica dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Trasfusionale del Presidio Ospedaliero di Pescara</i>
ore 12,00	Ispezioni e verifiche dei NAS nell'attività sanitaria: documentazione, autorizzazioni e requisiti <i>Ten. Colonnello Antonino Di Noia - Comandante NAS Pescara</i>
ore 13,00	Confronto/Dibattito <i>Moderatore: Dr. Raffaele Germano - Vice Presidente CAO Omceo Pescara</i>
ore 13,30-14,00	TEST DI VALUTAZIONE

Segr. Organizzativa: Segreteria Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Pescara

Responsabile scientifico: Dr.ssa Anna Maria Cardone

PESCARA- Via dei Sabini, 102 - Tel. 085-67517 – www.omceopescara.it

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
FABIO CIUFFOLO	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA, DOTTORE DI RICERCA, SPECIALISTA IN ORTOGNATODONZIA, REFERENTE CULTURALE CAO OMCEO PESCARA.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: MONTESILVANO, 04-05-2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
RAFFAELE GERMANO	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA, LAUREATO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI NEL 1991 CON VOTAZIONE 110/110. MASTER DI II LIVELLO IN "IMPLANTOPROTESI DELL'ETA' AVANZATA" PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI NEL MARZO 2005. DAL 2009-2017 E' MEMBRO DELLA CAO PRESSO L'OMCEO DI PESCARA. RICONFERMATO NEL QUADRIENNIO 2021-2024. DAL 2025 E' VICE PRESIDENTE DELLA CAO OMCEO PESCARA.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a RAFFAELE GERMANO, consapevole che il “conflitto d’interessi E.C.M.” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☐ Docente
☒ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell’art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell’Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l’attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 25/03/2026 / PESCARA

Firma: 

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Anna Quaglietta	Dirigente Medico	Immunoematologia	Asl 3 - Pescara	Direttore U.O.C. di Medicina Trasfusionale - Immunoematologia e Laboratori di Ematologia

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditazione per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

ASL PESCARA
Ospedale "Spinto Santo" Pescara
U.O.C. di Medicina Trasfusionale
DIRETTORE
Anna QUAGLIETTA

CURRICULUM VITAE

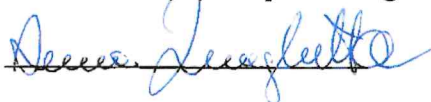
ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La sottoscritta Anna Quaglietta ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:



AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

La sottoscritta, in qualità di:

☒ Docente

☐ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

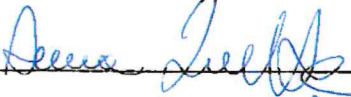
☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma:



Data e luogo di sottoscrizione:

Pesceara 29/09/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
ANDREA GIANMARCO TUZIO	CONSULENTE	NORMATIVA SANITARIA	PRIVATO	LAUREATO IN INGENERIA – MASTER UNIVERSITARIO IN “COMPETENZE E SERVIZI GIURIDICI IN SANITÀ”, AUTORE DEL TESTO: “L’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE SANITARIA IN FORMA DI IMPRESA. LE SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI: PRINCIPI E ADEMPIMENTI NORMATIVI” (SETTEMBRE 2024) E DELE TESTO: “LE INFEZIONI NELLO STUDIO ODONTOLATRICO. MANUALE OPERATIVO DI PREVENZIONE DEL CONTAGIO PER ODONTOLATRI, IGIENISTI E ASO” (MAGGIO 2020)

Il provider, ai sensi dall’ art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall’art. 76, dichiara:

- di aver fornito all’interessato l’informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 “La formazione continua nel settore salute”- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditazione per l’Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l’interessato che il programma dell’evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall’ente accreditante;

ROMA, 27/5/2026

Andrea Gianmarco Tuzio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi dell’art. 3, comma 2 del D.LGS. 39/93

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: Andrea Gianmarco Tuzio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.LGS. 39/93

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☐ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☒ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

AT ASSOCIATI S.R.L. - SOCIETA' DI CONSULENZA IN MATERIA SANITARIA

ALTER FORMAZIONE S.R.L. - SOCIETA' DI FORMAZIONE IN MATERTIA SANITARIA

SAFETY M2A S.R.L. - SOCIETA' DI CONSULENZA IN MATERIA SANITARIA

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: Andrea Gianmarco Tuzio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.LGS. 39/93

Data e luogo di sottoscrizione: ROMA, 27/05/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
ROSARIA DI GIUSEPPE	DIRIGENTE REGIONALE		REGIONE ABRUZZO	DIRIGENTE SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI, DIPARTIMENTO SANITA', GIUNTA REGIONALE DELLA REGIONE ABRUZZO. LAUREA IN GIURISPRUDENZA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TERAMO. SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN DIRITTO AMMINISTRATIVO E SCIENZA DELL'AMMINISTRAZIONE UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TERAMO.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

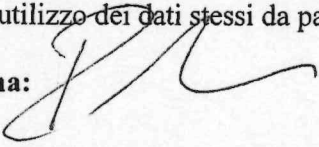
CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La sottoscritta, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: 

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

La sottoscritta, in qualità di:

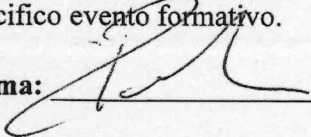
☒ Docente

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: 

Data e luogo di sottoscrizione: 28/05/26