

Corso di aggiornamento
IL MELANOMA COME MODELLO DI APPLICAZIONE
DELL'IMMUNOTERAPIA

Progetto ECM Regionale

9 Dicembre
termine iscrizioni 9 Novembre
Centro Congressi IST (CBA)
Largo R. Benzi, 10 - 16132
Genova

Obiettivi

La disponibilità di nuovi farmaci e lo sviluppo della vaccinoterapia riaprono la tematica della immunoterapia dei tumori.

Il melanoma, per i risultati acquisiti con le citochine di vecchia generazione e le molte sperimentazioni in corso, rappresenta un ottimo modello per l'illustrazione delle prospettive dell'immunoterapia.

Programma

Mercoledì 9 Dicembre • Moderatori: Paolo Pronzato, Paola Queirolo

- 14.00 – 14.15 Apertura lavori • *P. Pronzato, P. Queirolo*
14.15 – 14.45 I modificatori della risposta biologica • *A. Romanini*
14.45 – 15.15 Nuovi approcci sperimentali nell'immunoterapia CTLA-4 specifica • *MP. Pistillo*
15.15 – 16.15 Targeted therapies a bersaglio immunologico • *PA. Ascierto*
16.15 – 16.45 Intervallo – pausa caffè
16.45 – 17.15 La vaccinazione terapeutica: peptidica • *M. Boitano*
autologa • *S. Ferrini*
17.15 – 17.45 Elettroporazione: possibili applicazioni con l'immunoterapia • *F. Cafiero*
17.45 – 18.15 Perfusione ipertermica con TNF • *F. De Cian*
18.15 – 18.45 Conclusioni e prospettive future • *P. Pronzato, P. Queirolo*
18.45 – 19.00 Consegna dei questionari di apprendimento e gradimento in base al Programma Regionale ECM ed alle procedure ISO adottate in ambito formativo.

Destinatari / ECM

Il corso, della durata di 5 ore, è rivolto a 30 partecipanti ed è in attesa dei crediti ECM Regionali per le figure professionali di Biologo e Medico Chirurgo. La partecipazione al corso è libera e gratuita, le schede di iscrizione dovranno pervenire **entro il 9 novembre 2009** alla Struttura Formazione e Aggiornamento, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Largo R. Benzi, 10, 16132 Genova - Tel. 010 5737533; fax 010 5737537. L'ordine di arrivo delle schede di iscrizione sarà elemento prioritario per la selezione degli ammessi. Per informazioni: Dott. Claudio Rosellini, Tel. 010 5737531, E-mail claudio.rosellini@istge.it

Al termine del corso è prevista la valutazione dell'apprendimento e del gradimento con questionari in base a quanto stabilito dal Programma Regionale ECM e dalle procedure ISO adottate in ambito formativo. Ai sensi del punto n. 7 dell'Accordo tra il Ministero della salute e le Regioni del 13 marzo 2003 "I crediti maturati dai singoli professionisti nell'ambito delle iniziative di formazione continua accreditate dalle Regioni sono riconosciuti su tutto il territorio nazionale".

Relatori / Moderatori

Paolo Antonio Ascierto, Unità Oncologia Medica e Terapie Innovative, Istituto Naz. Tumori, Fondazione G. Pascale, Napoli

Monica Boitano, S.C. Oncologia Medica A, IST Genova

Ferdinando Cafiero, Dipartimento di Oncologia Chirurgica, S.C. Oncologia Chirurgica, IST Genova

Franco De Cian, U.S. Chirurgia Oncologica, Clinica Chir. Generale, Funzionale e Metabolica, DICMI, Università di Genova

Silvano Ferrini, S.C. Terapia Immunologica, IST Genova

Maria Pia Pistillo, S.C. Genetica dei Tumori, IST Genova

Paolo Pronzato, S.C. Oncologia Medica A, IST Genova

Paola Queirolo, S.C. Oncologia Medica A, IST Genova

Antonella Romanini, U.O. Oncologia Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana, Pisa

Direttori del Corso

Paolo Pronzato, Direttore S.C. Oncologia Medica A, IST Genova

Paola Queirolo, Dirigente Medico S.C. Oncologia Medica A, IST Genova

Le informazioni aggiornate e la scheda di iscrizione sono disponibili su
www.istge.it • sezione Formazione – Centro ECM (Corsi)

2009



Struttura Formazione e Aggiornamento – ECM
IST Genova
Dirigente Responsabile: Elisabetta Rovini
Tel. 010 5737 533 • Fax 010 5737537
elisabetta.rovini@istge.it • www.istge.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di aggiornamento
IL MELANOMA COME MODELLO DI APPLICAZIONE DELL'IMMUNOTERAPIA
9 DICEMBRE 2009

Da restituire a:

STRUTTURA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO, ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO
 Largo R. Benzi 10 – 16132 Genova Tel. 010 5737532 / 3 – Fax 010 5737537 - e-mail: ufficio.formazione@istge.it

Nome e Cognome _____

Luogo / Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Telefono privato / Cellulare _____ E-mail privata (eventuale) _____

Indirizzo privato _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

 Libero professionista Specificare _____

 Dipendente Ente Ente di appartenenza _____

Struttura/ Servizio / Reparto e relativo indirizzo. _____

Tel. c/o Ente _____ E-mail c/o Ente _____

 Figura Professionale _____ Disciplina / Specializzazione _____
 (indicare se medico chirurgo ,infermiere, biologo, etc)

 Qualifica _____
 (indicare se dirigente medico, cps tecnico sanitario di laboratorio biomedico, professore associato, contrattista, specializzando, dottorando, borsista, etc)
Per i dipendenti IST: Firma e timbro del Direttore di Struttura _____**DA COMPILARE SOLO SE PREVISTA QUOTA D'ISCRIZIONE**
 - QUOTA DI ISCRIZIONE PER CORSI DI FORMAZIONE ACCREDITATI ECM € _____ + €1,81 = Tot. € _____
 (alla quota di iscrizione dovuta aggiungere €1,81 per le spese di bollo; IVA esente ai sensi dell'art. n. 10, comma 20, DPR n. 633/72)

 - QUOTA DI ISCRIZIONE PER CORSI DI FORMAZIONE NON ACCREDITATI ECM
 è necessario specificare se:

 Iscrizione versata da persona fisica o da azienda privata
 (alla quota di iscrizione dovuta aggiungere l'IVA al 20%). € _____ + IVA 20% € _____ = Tot. € _____

 Iscrizione versata da ente pubblico € _____ + €1,81 = Tot. € _____
 (alla quota di iscrizione dovuta aggiungere €1,81 per le spese di bollo; IVA esente ai sensi dell'art. n. 10, comma 20, DPR n. 633/72 e successive modifiche)

INTESTAZIONE DELLA FATTURA _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

INDIRIZZO a cui inviare la fattura _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

MODALITA' DI PAGAMENTO (Il versamento della quota dovrà essere effettuato a seguito della conferma di ammissione)
 1. Bonifico bancario intestato a ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO - GENOVA
 c/c 18407/90 BANCA CARIGE Spa Agenzia 49 • codice CAB 1594 • codice ABI: 6175 • CIN J • IBAN IT87 J061 7501 5940 0000 1840 790

 2. Assegno bancario o circolare "non trasferibile"
 n° _____ della banca _____
 intestato a: ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO - GENOVA

Data _____

Firma del richiedente _____