

Corso di aggiornamento
LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO
 Progetto ECM Regionale n. RFLPV7 – ECMPG55

14 e 15 Maggio
 termine iscrizioni 27 Aprile
 Centro Congressi IST (CBA)
 Largo R. Benzi, 10 - 16132 Genova

Obiettivi

Gli attuali progressi delle cure contro il cancro fanno sì che spesso il paziente oncologico anziano abbia aspettativa di vita più lunga che in passato. Inoltre, le linee guida suggeriscono, ove possibile, il ricorso alla ospedalizzazione domiciliare, mantenendo inalterati gli standard assistenziali. In questo caso, le difficoltà per gli operatori possono risultare aumentate. L'adeguata e omogenea formazione degli operatori garantisce il raggiungimento dell'obiettivo principale: la Quality of Life del paziente. Gli obiettivi formativi che si intendono perseguire consistono nell'acquisire conoscenze teoriche, abilità manuali, tecniche e pratiche in tema di Oncologia nel paziente anziano istituzionalizzato e domiciliare.

Programma

Giovedì 14 Maggio • Moderatore Patrizia Bianchetti

14.00 – 14.15	Registrazione dei partecipanti
14.15 – 14.55	Il paziente oncologico anziano • P. Odetti
14.55 – 15.35	Patologie oncologiche di interesse riabilitativo • G. Forno
15.35 – 16.35	Intervento del fisioterapista nei pazienti oncologici anziani • A. Ingenito, S. Poggio, P. Bianchetti
16.35 – 16.55	<i>Coffee break</i>
16.55 – 17.25	Linfedema secondario • M. Albarello
17.25 – 17.45	Medicazioni avanzate • B. Cabiddu
17.45 – 18.05	Le stomie • R. Macchia
18.05 – 18.30	Discussione

Venerdì 15 Maggio • Moderatore Gilberto Forno

08.30 – 09.10	La relazione terapeutica e la relazione d'aiuto • M.G. Vidili
09.10 – 09.50	La medicina non convenzionale • F. Fenoglio
09.50 – 10.30	Il dolore e la terapia antalgica • D. Dini
10.30 – 10.45	Discussione
10.45 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 11.40	Le cure palliative • M. Luzzani
11.40 – 12.10	Formazione e addestramento dei care-givers" • C. Muzi
12.10 – 12.50	Il ruolo del Ft nelle cure palliative domiciliari • A. Pirino
12.50 – 13.00	Discussione
13.00 – 14.30	<i>Pausa pranzo</i>
14.30 – 18.00	Tirocinio guidato a sessioni parallele
Gruppo A	Medicazioni avanzate • B. Cabiddu, G. Vidili
Gruppo B	Bendaggi, ausili, protesi • A. Ingenito, P. Bianchetti, S. Poggio, M. Albarello
Gruppo C	Le stomie • R. Macchia, G. Forno

Destinatari / ECM

Il corso, della durata di 12 ore complessive, è rivolto a 40 partecipanti di cui 15 dipendenti IST e 25 esterni, sono stati assegnati **8 crediti ECM** per le figure professionali di: Infermiere, Fisioterapista, Medico Chirurgo (discipline: Fisiatria, Oncologia, Geriatria). E' ammesso a partecipare personale senza obbligo ECM afferente alla figura professionale di Operatore Socio Sanitario (OSS). Per i partecipanti esterni è prevista una quota di iscrizione di € 70 (IVA esente), il versamento della quota dovrà essere effettuato a seguito della conferma di ammissione.

Le esercitazioni guidate, effettuate nella fase di tirocinio, costituiscono elemento di valutazione. Al termine del corso è prevista la valutazione dell'apprendimento e del gradimento con questionari in base a quanto stabilito dal Programma Nazionale ECM e dalle procedure ISO adottate in ambito formativo.

Docenti

Manuela Albarello, Patrizia Bianchetti, Basilia Cabiddu, Gilberto Forno, Andrea Ingenito, Roberta Macchia, Cinzia Muzi, Silvia Poggio, Giuseppina Vidili, S.S. Riabilitazione Oncologica
Dario Dini, Massimo Luzzani, S.C.Terapia Antalgica e Riabilitazione
 IST Genova

Flavio Fenoglio, Medico Chirurgo e Agopuntore Libero Professionista
Patrizio Odetti, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Genova
Alessandra Pirino, Cure Domiciliari Alta Intensità E.O. Ospedali Galliera, Genova

Responsabile Scientifico Patrizia Bianchetti, S.S. Riabilitazione Oncologica, IST Genova

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE Da restituire al Fax 010 5737537
**Corso di aggiornamento
LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO
14 – 15 Maggio 2009 • Progetto ECM Regionale n. RFLPV7 – ECMPG55**
PREFERENZE PER TIROCINIO GUIDATO A SESSIONI PARALLELE DEL 15 MAGGIO dalle 14.30 alle 18.00

Barrare due scelte opzionali, in ordine di preferenza (preferenza 1, 2), sui tre moduli paralleli di seguito riportati. Nella composizione dei gruppi terremo conto delle preferenze, compatibilmente con le esigenze organizzative.

Gruppo A Medicazioni avanzate **Gruppo B** Bendaggi, ausili, protesi **Gruppo C** Le stomie

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 _____

QUOTA D'ISCRIZIONE
EFFETTUARE IL PAGAMENTO SOLO DOPO CONFERMA DI AMMISSIONE

QUOTA DI ISCRIZIONE PER CORSI DI FORMAZIONE ACCREDITATI ECM €70 + €1,81 = Tot. €71,81

(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)

INTESTAZIONE DELLA FATTURA _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

INDIRIZZO a cui inviare la fattura _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

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 _____