



# Corso ECM

## Corso Teorico Pratico sulla gestione del paziente con Sindrome di Poland



Roma 23 Novembre 2013



### OBIETTIVI

Il corso si propone di presentare la Sindrome di Poland nei suoi aspetti clinici, genetici e diagnostico-terapeutici, i progetti e i primi risultati della ricerca scientifica, e il ruolo dell'associazione.

L'iniziativa nasce dall'esigenza di accrescere le conoscenze degli operatori socio-sanitari in merito alle malattie rare, e in particolare alla Sindrome di Poland.

La carenza di informazioni e di adeguati strumenti impedisce l'efficace presa in carico del paziente con gravi conseguenze sul piano curativo ma, soprattutto, sul condizionamento della qualità di vita di queste persone.

Il corso è orientato a favorire lo scambio tra le varie figure e istituzioni coinvolte: medici, ricercatori e operatori sanitari. Il Corso mira a sollecitare l'attenzione e la presa di coscienza da parte di questi soggetti, e favorire un efficace lavoro di rete.

### DESTINATARI

Medici e Pediatri di Base, Chirurghi, Radiologi, Ortopedici, Genetisti, strutture sanitarie ospedaliere che trattano anomalie mal formative del torace e della mano.

Presidi accreditati Sindrome di Poland ai sensi del Decreto Ministeriale 279/2001

### INFORMAZIONI

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA:

Michele Torre U.O. Chirurgia Pediatrica Istituto Giannina Gaslini Genova

#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA : AISP ONLUS

Associazione Italiana Sindrome di Poland

Paola Albesano

Via Asiago, 3r 16137 Genova

Cell. 366.1782437 Fax 010.8562263

[www.eventi.sindromedipoland.org](http://www.eventi.sindromedipoland.org)

[ecm@sindromedipoland.org](mailto:ecm@sindromedipoland.org)

#### ACCREDITAMENTO ECM

Il corso è accreditato per tutti i professionisti soggetti a formazione continua in medicina.

**Crediti 7 Formativi**

#### ISCRIZIONI

Il corso è a numero chiuso (50 posti), fino al raggiungimento del numero prefissato per l'accreditamento ECM.

Per iscrizione compilare il form di iscrizione disponibile sul sito [www.eventi.sindromedipoland.org](http://www.eventi.sindromedipoland.org)

#### LUOGO DEL CORSO

BEST WESTERN- Hotel Roma Tor Vergata Via Vico Viganò 24 - 00133 - Roma (RM) -

Tel.. +39 06 206621

[romatorvergata.rm@bestwestern.it](mailto:romatorvergata.rm@bestwestern.it)

**La Partecipazione al corso è Gratuita**  
**Max 50 Partecipanti**

### CON IL PATROCINIO



### CONTATTI

AISP ONLUS

Associazione Italiana Sindrome di Poland

Cell. 366.1782437 Fax 010.8562263

[www.eventi.sindromedipoland.org](http://www.eventi.sindromedipoland.org)

[ecm@sindromedipoland.org](mailto:ecm@sindromedipoland.org)



# Corso ECM

## Corso Teorico Pratico sulla gestione del paziente con Sindrome di Poland



Roma 23 Novembre 2013



### Programma Corso ECM

## Corso Teorico Pratico sulla gestione del paziente con Sindrome di Poland

Roma, 23 Novembre 2013

Con il Patrocinio



09:00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

09:30 -13:00 **SESSIONE 1:**

**ASPETTI DIAGNOSTICI E GENETICI**

**PROTOCOLLO DIAGNOSTICO E REGISTRO SINDROME DI POLAND**

Maria Grazia Calevo

**LA DIAGNOSI ECOGRAFICA**

Maura Valle, Carlo Martinoli

**ASPETTI GENETICI INQUADRAMENTO**

Sebastiano Bianca

**FAMILIARITÀ NELLA SINDROME DI POLAND**

Anwar Baban

**BASI GENETICHE DELLO SVILUPPO DELL'ANOMALIA DI POLAND**

Alda Maria Puliti

**L'ESPERIENZA DELL' IRCSS OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO MILANO**

M. Francesca Bedeschi

13:00 – 14:00 BUFFET

14:00-18:00 **SESSIONE 2:**

**TRATTAMENTO CHIRURGICO, ASPETTI PSICOLOGICI**

**INTERVENTI E TECNICHE CORRETTIVE**

**CHIRURGIA TORACICA**

Michele Torre

**CHIRURGIA DELLA MANO**

Filippo Maria Sénès, Nunzio Catena

Mario Igor Rossello

**CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA**

Maria Victoria Romanini

Gianluca Gatti

**LA PERSONA COMUNICAZIONE E SOSTEGNO**

Lucia Spada

14:00 -17:00 **SESSIONE PARALLELA:**

**CORSO PRATICO DI DIAGNOSI ECOGRAFICA S. POLAND**

Maura Valle, Carlo Martinoli



### MODERATORI

**Vincenzo Jasonni** Primario Emerito Chirurgia Pediatrica, Istituto G. Gaslini, Genova.

**Alessandro Calisti**, Direttore Chirurgia Pediatrica Ospedale S. Camillo Forlanini, Roma, Presidente Società Italiana di Chirurgia Pediatrica

### RELATORI

**Anwar Baban** (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma) - **M. Francesca Bedeschi** (IRCSS Ospedale Maggiore Policlinico Milano) - **Sebastiano Bianca** (Azienda Ospedaliera "Garibaldi" - Catania) - **Maria Grazia Calevo** (Istituto Giannina Gaslini - Genova) - **Nunzio Catena** (Istituto Giannina Gaslini - Genova) - **Gianluca Gatti** (Ospedale di Cisanello - Pisa) - **Carlo Martinoli** (Università degli Studi di Genova, IRCSS IST-San Martino Genova) **Alda Maria Puliti** (Università degli Studi di Genova, Istituto Giannina Gaslini - Genova) - **Maria Victoria Romanini** (Università degli Studi di Genova, IRCSS Ist-San Martino, Genova) - **Mario Igor Rossello** (Ospedale San Paolo - Savona) **Filippo Maria Sénès** (Istituto Giannina Gaslini - Genova) - **Lucia Spada** (Centro Educazione Matrimoniale e Pre-Matrimoniale - Genova) - **Michele Torre** (Istituto Giannina Gaslini - Genova) - **Maura Valle** (Istituto Giannina Gaslini - Genova)

### CONTATTI

AISP ONLUS  
Associazione Italiana Sindrome di Poland

Cell. 366.1782437 Fax 010.8562263  
www.eventi.sindromedipoland.org  
ecm@sindromedipoland.org



# Corso ECM

## Corso Teorico Pratico sulla gestione del paziente con Sindrome di Poland



Roma 23 Novembre 2013



### SCHEMA DI ISCRIZIONE CORSO ECM - Roma 23/11/2013

Il corso è a numero chiuso (max 50 posti) . Le iscrizioni verranno accettate secondo la data iscrizione fino al raggiungimento del numero prefissato per l'accreditamento ECM.

Procedere alla completa compilazione e inviare via e-mail [ecm@sindromedipoland.org](mailto:ecm@sindromedipoland.org) oppure al numero di Fax 010.8562263

<b>NOME</b>	
<b>COGNOME</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>RESIDENZA</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>EMAIL</b>	
<b>PROFILO SNAITARIO</b>	
<b>QUALIFICA PROFESSIONALE</b>	
<b>Interesse Sessione Pratica</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Presidio Accreditato</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>DATA ISCRIZIONE</b>	
<b>NOTE</b>	

Sono informato/ a che la presente richiesta sarà annullata in caso di non veridicità dei dati da me inviati..

Firma
-------

Luogo e Data
--------------

Autorizzo che i miei dati vengano trattati ai fini della presente iscrizione e dell'inserimento nella banca dati AISP, i dati sono richiesti per esigenze di tipo operativo, gestionali di AISP. Resta salvo il mio diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione e opposizione al trattamento dei dati, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/ 2003.

Firma
-------

Luogo e Data
--------------