

Il contenuto del corso è coerente con gli obiettivi formativi stabiliti per le categorie per le quali verranno attribuiti i crediti formativi e precisamente: medici chirurghi (specialisti in fisiatria ortopedia e pediatria), fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, tecnici ortopedici.

La quota di iscrizione comprende:

- partecipazione alle sessioni scientifiche
- attestato di partecipazione
- kit congressuale
- coffee break
- pranzo a buffet

modalità di iscrizione

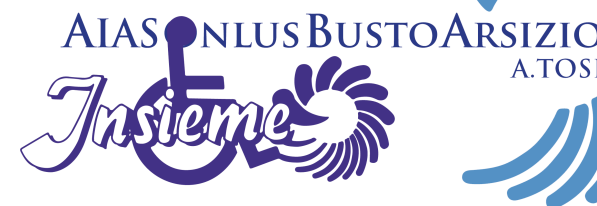
La quota di iscrizione è di € 75,00

La quota per studenti universitari è di € 40,00

Partecipazione a numero chiuso: 200 posti



CONVEGNO



provider
accreditatore

con il supporto di



Associazione Varesina
per il Mielomeningocele ONLUS

LA SPINA BIFIDA

Aspetti clinici e riabilitativi

Modalità di iscrizione

Il versamento dovrà essere effettuato entro la scadenza del 22 novembre 2012 con bonifico bancario:

IBAN IT 17 E 05216 22801 000000095035 presso il Credito Valtellinese ag. 1 Busto Arsizio intestato a AIAS onlus, con seguente causale: "Nome e cognome del Partecipante - Iscrizione convegno 24.11.12"

Inviare la scheda di iscrizione compilata, unitamente alla ricevuta del pagamento via fax al num. 0331/322710 oppure tramite mail al seguente indirizzo: mazzoni.cinzia@aias-busto.it

Sede del Convegno

Busto Arsizio - Via Molini, 2
Molini Marzoli Sala Maggiore



Segreteria Organizzativa

AIAS onlus: Cinzia Mazzoni
Via Alba 30 - 21052 Busto Arsizio (VA)
Tel. 0331/639328 - Fax 0331/322710
e-mail mazzoni.cinzia@aias-busto.it

Direzione Scientifica

Prof. R. Brunner
AIAS onlus Busto Arsizio



Busto Arsizio, **24 Novembre 2012**
Molini Marzoli Sala Tramogge

08.30	Registrazione dei partecipanti Saluto del Presidente Aias Busto A. Onlus "A. Tosi"
09.30	Introduzione – La spina bifida: eziologia, epidemiologia, aspetti neurologici (dott.ssa C. Mesoraca)
10.00	Indicazioni e trattamento chirurgico del tethered cord nei pazienti con mielomeningocele. Esperienza del Centro Spina Bifida IRCCS Gaslini (dr. G. Piatelli)
10.45	Aspetti cognitivi e neuropsicologici (dr. F. Mairani)
11.15	Break
11.45	Il problema urologico e sfinterico (dr. P. Buffa)
12.15	Le alterazioni sensitive e percettive (dott.ssa C. Mesoraca)
12.45	Discussione.
13.00	Pausa pranzo.
14.00	Aspetto ortopedico e riabilitativo nel paziente deambulante e non deambulante (prof. R. Brunner).
14.45	Ortesi nel paziente con spina bifida (dr. A. Castagna).
15.15	L'ascolto delle componenti emotive e relazionali nella presa in carico del bambino con disabilità e della sua famiglia (dott.ssa Pesci).
15.45	Discussione.
16.30	Compilazione questionario ECM.
17.00	Chiusura dei lavori.

Prof. R. Brunner

Chirurgo Ortopedico
specializzato in Neuro Ortopedia Pediatrica
UKBB Basilea, consulente Aias Busto Arsizio
onlus "A. Tosi"

Dr. P. Buffa

Medico Specialista in Urologia, Responsabile
Chirurgia Pediatrica e Urologia Centro Spina
Bifida Ospedale G. Gaslini Genova

Dr. A. Castagna

Tecnico ortopedico Ortopedia Castagna Lecco,
Consulente Aias Busto Arsizio onlus "A. Tosi"

Dr. F. Mairani

Medico Specialista in Neuropsichiatria Infantile
- Aias Busto Arsizio onlus "A. Tosi"

Dr.ssa C. Mesoraca

Medico Specialista in Chirurgia Ortopedica e
Medicina Fisica e Riabilitazione - Aias Busto
Arsizio onlus "A. Tosi"

Dr.ssa M.C. Pesci

Medico Chirurgo, psicoterapeuta, sessuologa
Bologna

Dr. G. Piatelli

Medico Specialista in Neurochirurgia
Responsabile Centro Spina Bifida Ospedale "G.
Gaslini" Genova

È stata richiesta autorizzazione ECM per le seguenti categorie professionali:

- Medico Chirurgo:
 - Fisiatra
 - Chirurgo Ortopedico
 - Pediatra
- Fisioterapisti
- Terapisti della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva
- Tecnici Ortopedici

LA SPINA BIFIDA

Aspetti clinici e riabilitativi

24 novembre 2012

Dati personali

Cognome e nome.....
 Luogo e data di nascita.....
 Via.....n.....
 Città.....Prov.....
 Codice Fiscale.....
 Professione.....
 e-mail.....

La fattura è da intestare:

☐ a me stesso☐ all'azienda**Dati dell'azienda a cui intestare la fattura**

Ragione Sociale.....
 Codice Fiscale o P. Iva
 Via.....n.....
 Città.....Prov.....
 Tel.....e-mail.....

Nel rispetto delle norme sulla privacy, il suo
nominativo sarà trasmesso al provider accreditatore,
come da espressa richiesta per l'accreditamento
dell'evento.

Esprimo il consenso previsto dall'art. 4 comma 1
lett. D e lett. E d. lgs. 196 del 30/06/03 (privacy),
relativo al trattamento dei miei dati personali a fini
informativi in merito alle vostre iniziative.

Data..... Firma.....