

PREMESSA E OBIETTIVI FORMATIVI

La **Scala AHA (Assisting Hand Assessment)** è uno strumento di valutazione validato e standardizzato per bambini con emiplegia congenita o lesione del plesso brachiale sopra i 18 mesi, creato presso il **Karolinska Institute di Stoccolma**. La scala è ampiamente utilizzata a livello internazionale sia in ambito clinico-riabilitativo, sia a fini di ricerca, ed è attualmente considerata come misura di outcome in numerosi trials clinici sperimentali. Questo corso di formazione è realizzato nell'ambito del progetto di rete **The Italian Network for Cerebral Palsy (Ita-Net-CP)**, promosso dalla Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta e finanziato dalla **Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani**.

Per completare il processo di abilitazione, è previsto che ogni partecipante realizzi, successivamente al corso, 7 filmati in cui viene somministrata la scala, inviando filmato e scoring ai tutor. Ogni partecipante dovrà provvedere personalmente all'acquisto del kit di somministrazione.

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Dr. **GIOVANNI BARANELLO**
Dr.ssa **EMANUELA PAGLIANO**
U.O. Neurologia dello Sviluppo
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"

SEGRETERIA SCIENTIFICA

TNPEE **ALICE CORLATTI**
U.O. Neurologia dello Sviluppo
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"

DESTINATARI

- Medici chirurghi specialisti in Neuropsichiatria Infantile; Fisiatria
- Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Fisioterapisti
- Terapisti della Riabilitazione
- Terapisti Occupazionali

Corso a numero chiuso (**max 25 partecipanti**)

SEDE DELL'EVENTO

Aula Pluribus (III piano)
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta
via G. Celoria 11 – Milano

CREDITI ECM

La soglia minima di frequenza richiesta è dell'80% della durata totale dell'iniziativa. Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 11839 del 23 Dicembre 2015, all'evento formativo, accreditato ai fini ECM-CPD, sono stati preassegnati n. **18 crediti**. L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Le iscrizioni sono obbligatorie, saranno accettate in base all'ordine di arrivo e fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Inviare la propria adesione utilizzando il modulo d'iscrizione via fax oppure via mail.

La domanda di partecipazione sarà da intendersi accettata solo a seguito di ricevimento di relativa comunicazione via mail a cura dell'Ufficio Formazione.

Per il personale esterno alla Fondazione è prevista una quota di partecipazione pari ad **€ 450,00 (IVA esente)** da versarsi mediante bonifico bancario intestato a:

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta –
Tesoriere Ente: **BANCA POPOLARE DI SONDRIO**
– Agenzia 9 – Viale Romagna, 24 Milano – ABI 05696 –
CAB 01608 – CIN A – C/C 6200/21 – IBAN IT26 A056
9601 6080 0000 6200 X21 – BBAN: A 05696 01608
000006200X21

In caso di mancata partecipazione la Fondazione provvederà, dietro richiesta scritta dell'interessato, al relativo rimborso secondo i seguenti termini e modalità:

- comunicazione di mancata partecipazione pervenuta entro 14 gg. dall'inizio del corso: 100%
- comunicazione di mancata partecipazione pervenuta tra il 14° giorno ed il giorno antecedente l'inizio del corso: 50%



Corso ECM-CPD

SCALA AHA PER LA VALUTAZIONE DELL'INTEGRAZIONE BIMANUALE NEL BAMBINO: corso di formazione e abilitazione all'utilizzo

13 – 14 – 15 Ottobre 2016

Fondazione IRCCS
Istituto Neurologico Carlo Besta
Via Giovanni Celoria n. 11 – Milano

Con il contributo di:



Fondazione
Pierfranco e Luisa Mariani
neurologia infantile

Con il patrocinio di:



SINPIA
Società Italiana di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza



SIMFER
SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA FISICA
E RIABILITATIVA
The Italian Society
of Physical and
Rehabilitative Medicine

PROGRAMMA

**13 Ottobre 2016
(09.00 – 17.00)**

- Saluti e presentazione (E. Fedrizzi – E. Pagliano – G. Baranello)
- Introduzione dei concetti, il background teorico, lo sviluppo del test
- Definizione degli items e dei criteri di scoring
- Scoring dei pazienti
- Come organizzare il setting

**14 Ottobre 2016
(09.00 – 17.00)**

- Validità, affidabilità e responsabilità al cambiamento della scala
- Scoring dei bambini di età 18 mesi – 5 anni
- Situazione testale con bambini di 6 – 12 anni
- Scoring dei bambini di età 6 – 12 anni

**15 Ottobre 2016
(09.00 – 13.00)**

- Procedura di certificazione
- Scoring dei casi
- La Scala AHA nella prospettiva dell'ICF e di altri test
- Conclusione dei lavori

**IL CORSO AVRA' LUOGO SOLO A
RAGGIUNGIMENTO
DEL NUMERO MINIMO PREVISTO
(16 PARTECIPANTI)**

DOCENTI

LENA KRUMLINDE-SUNDHOLM

Associate Professor
Department of Woman's and Children's
Health, Neuropediatric Unit
Karolinska Institute Stoccolma

BRITT-MARIE ZETHRAEUS

Research Assistant
Department of Woman's and Children's
Health, Neuropediatric Unit
Karolinska Institute Stoccolma

ELISA SICOLA

Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età
Evolutiva
Fondazione IRCCS Stella Maris Calambrone

IL CORSO E' IN LINGUA INGLESE
(è previsto il servizio di traduzione consecutiva)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta
Via Celoria 11, Milano
Tel. 02/23942547 – Fax 02/23942465
Mail formazione@istituto-besta.it

MODULO D'ISCRIZIONE

**SCALA AHA PER LA VALUTAZIONE
DELL'INTEGRAZIONE BIMANUALE NEL BAMBINO:
corso di formazione e abilitazione all'utilizzo
13 – 14 – 15 Ottobre 2016**

Per il personale esterno:

COGNOME* _____
NOME* _____
NATO A* _____ PV _____
IL* _____
CODICE FISCALE* _____
RESIDENTE IN* _____ PV _____
CAP* _____ VIA/P.ZA* _____
TEL.* _____
FAX _____
E-MAIL* _____
(indirizzo a cui verranno inviate le comunicazioni)

PROFESSIONE* _____
DISCIPLINA* (solo per i medici) _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

Fattura da intestare a:

DATA _____ FIRMA _____

Per il personale interno:

COGNOME* _____
NOME* _____
TEL.* _____

E-MAIL* _____
(indirizzo a cui verranno inviate le comunicazioni)

PROFESSIONE* _____
DISCIPLINA* (solo per i medici) _____
U.O. _____
RESPONSABILE _____

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE _____
(aggiornamento svolto in orario di servizio)

DATA _____ FIRMA _____

* I dati personali saranno trattati nel rispetto del D.lgs. 196/03 al fine della partecipazione al presente corso e saranno comunicati alla Regione Lombardia per l'erogazione dei crediti ECM-CPD. L'informativa completa potrà essere consultata sul sito www.istituto-besta.it nella sezione "Formazione"