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 e ortopedia), fisioterapisti, ortopedici.

La quota di iscrizione comprende:

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

Modalità di iscrizione

Il versamento dovrà essere effettuato entro la scadenza con bonifico bancario: IBAN IT 17 E 05216 22801 000000095035 presso il Credito Valtellinese ag. 1 Busto Arsizio intestato a AIAS onlus, con la seguente causale: "Nome del Partecipante - Iscrizione convegno 27.11.10".

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

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

AIAS onlus Busto Arsizio A.Tosi Insieme

Sede del Convegno

Busto Arsizio - Via Molino, 2

Molini Marzoli Sala Tramogge

Segreteria Organizzativa

AIAS onlus: Patrizia Battagion

Via Alba 30 - 21052 Busto Arsizio (VA)

Tel. 0331/639328 - Fax 0331/322710

e-mail: segreteria@aias-busto.it

Direzione Scientifica

Prof. R. Brunner

AIAS onlus Busto Arsizio

2esse.it

REV 1 DEL 25/10/2010

CONVEGNO

AIAS onlus Busto Arsizio A.Tosi Insieme

in collaborazione con

Provincia di Varese

con il patrocinio

Comune di Busto Arsizio

Chirurgia Ortopedica,

trattamento farmacologico della spasticità e tutorizzazione nelle paralisi cerebrali infantili

Busto Arsizio, **27 Novembre 2010**

Molini Marzoli Sala Tramogge

E.C.M.

Ministero della Salute

Programma

08:30	Registrazione dei partecipanti
09:00	Saluto delle Autorità e del Presidente Aias Busto A. onlus "A. Tosi".
	Apertura dei lavori
09:30	Prof. A. Ferrari: - Aspetto percettivo e cognitivo nel controllo motorio e classificazione PCI.
10:15	Caso clinico: Il paziente debole/ dispercettivo.
10:45	Pausa
11:15	Dott.ssa A. Castagna: - Fisiopatologia e trattamento della spasticitá.
11:45	Caso clinico: il paziente con fisiopatologia della spasticità
12:15	Discussione
12:30	**Pausa pranzo**
14:00	Prof. Brunner: - Principi biomeccanici e terapia ortopedica nelle PCI.
14:45	Caso clinico: il paziente biomeccanico.
15:15	Dr. A. Castagna: - Ortesi nei pazienti con PCI.
15:45	Caso clinico: il paziente tutorizzato.
16:15	Discussione
16:30	Conclusioni/ Test ECM.

Docenti

Prof. R. Brunner
Primario del Dipartimento di Neuro - Ortopedia – Kinderspital – Basilea
Specializzato in neuro-ortopedia pediatrica
Presidente Associazione Svizzera di Ortopedia Pediatrica (SGPO)

Dr A. Castagna
Tecnico Ortopedico
Professore presso l'Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina e Chirurgia - Corso di laurea in Tecniche Ortopediche – incarico di insegnamento: Scienze Tecniche Applicate II.

Dr.ssa A. Castagna
Neurologa – Fondazione Don Gnocchi IRCCS "Santa Maria Nascente"
Responsabile del Laboratorio di Studio della funzione locomotoria e dell'"Ambulatorio spasticità/tossina botulinica/chirurgia funzionale"

Prof. A. Ferrari
Neurologo e Fisiatra
A.O. Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia – Primario Presidio Regionale ad Alta Specialità per la riabilitazione delle disabilità infantili
Professore presso l'Università degli Studi di Modena – Diploma universitario per fisioterapisti, scuola di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile e corso di laurea in fisioterapia

Moderatore

Dr.ssa R. Chendi
A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio – U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale – Responsabile Struttura Semplice

ECM

E' stata richiesta autorizzazione ECM per le seguenti categorie professionali:
- Medico Chirurgo Fisiatria e Chirurgo Ortopedico
- Fiosioterapisti
- Ortopedici

REV 1 DEL 25/10/2010

Chirurgia Ortopedica,
trattamento farmacologico della spasticità e tutorizzazione nelle paralisi cerebrali infantili

27 Novembre 2010

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 Partita IVA .....

Via ..... n. .....

Città ..... Prov. .....

tel. ..... e-mail .....

Nel rispetto delle norme sulla privacy, il suo nominativo sarà trasmesso alla Commissione Nazionale dell'Educazione Continua, 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 .....