

Corso di Formazione Residenziale Ferrara 2ª Edizione 2012: 26-27 Ottobre L'Educazione Terapeutica Familiare di Gruppo per curare Sovrappeso, Obesità e Sindrome Metabolica in Età Evolutiva.

Responsabile del Corso: Dott.ssa Tanas Rita

Scopi del Corso Far acquisire le competenze per gestire efficacemente sovrappeso, obesità e sindrome metabolica in età evolutiva: aspetti diagnostici e terapeutici.

Destinatari Medici e infermieri, Dietisti, Biologi Nutrizionisti, Psicologi.

Numero Partecipanti max 19

Docenti Boscherini Monica (Psicologo Forlì), Caggese Guido (Anestesista Rianimatore Ferrara), Mazza Federica (Psicologo Ferrara), Tanas Rita (Pediatria Endocrinologo Ferrara).

Segreteria Organizzativa e Scientifica Dott.ssa Tanas Rita Via Fornace n. 17. 44123 Ferrara. Telefono 0532 64099. Cellulare 3289422144. E. mail: tanas.rita@tin.it

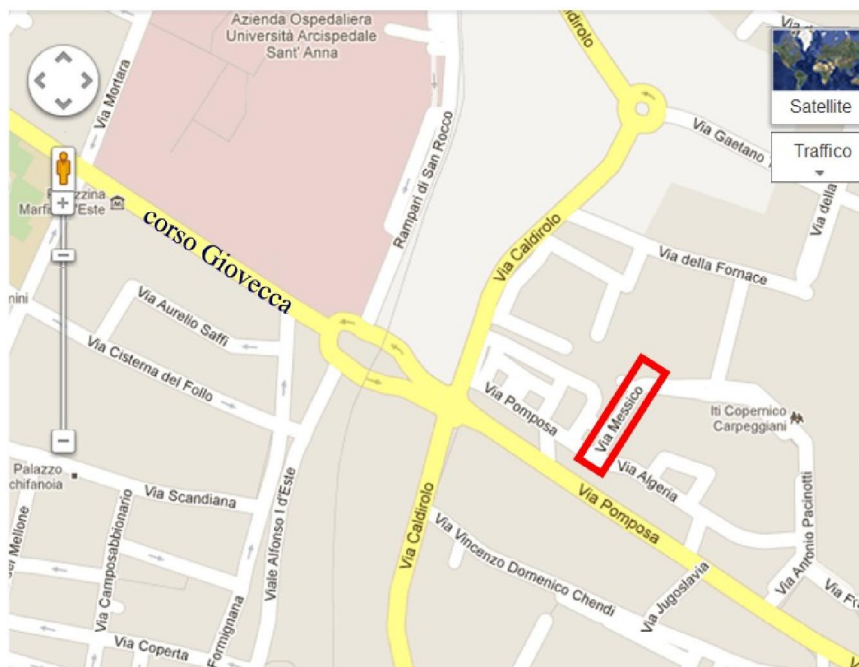
Modalità d'Iscrizione Compilare il modulo di Iscrizione e, dopo conferma della disponibilità del posto, pagare e spedire ricevuta del bonifico. L'iscrizione si considera completata dopo ricevimento dell'attestato di pagamento. Il corso sarà attivato per almeno 4 iscritti, fino ad esaurimento dei posti.

Quote di Iscrizione Il costo del Corso è €480 entro il 30.06. 2012. Dall'1.07.2012 è di €550. Per i Dietisti: Sconto 25%, per Laureandi Specializzandi e Infermieri: Sconto 50%.

Modalità di Pagamento Bonifico Bancario intestato a Tanas Rita Cassa di Risparmio di Ferrara, Agenzia 4 Via Porta Romana n 4, 44100 Ferrara. IBAN IT59D 06155 13004 000000010219. CAUSALE:Nome Partecipante – Corso ETFG Terapia obesità in età evolutiva.

Crediti Formativi Accreditemento con Provider SIP per Medici, Infermieri, Dietisti, Psicologi e Biologi. Nel 2012 sono stati attribuiti 22,5 crediti ECM, è indispensabile il pagamento dell'iscrizione e la partecipazione 100%

Sede Sala Riunioni via Messico n 11 44100 Ferrara



PROGRAMMA

I° Giorno h 8,30 -18,30

Prima Sessione (h 8,30-13,00)

H 8,30 Presentazione di docenti e partecipanti ed esposizione dei loro obiettivi formativi. (Tanas R, Caggese G))

H 9,00 Problemi nella pratica clinica (Focus Group)

L'Obesità in età evolutiva

H 9,30.Epidemiologia. Etio-Patogenesi. Complicanze (Tanas R)

H10,00 Come occuparsi di Obesità: la Terapia Comportamentale (Tanas R)

H 11,15 Le Raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria 2007.

Strumenti: Ruota di Prochaska, Colloquio di Motivazione (Tanas R)

H 12,30 Dalla teoria alla pratica: Discussione (Tanas R, Caggese G)

Seconda Sessione (h 14,00 – 18,30)

L'Educazione Terapeutica Familiare di Gruppo

H 14,00 L'Educazione Terapeutica Familiare nella gestione dell'obesità. **Le Rappresentazioni Mentali e le Carte Semantiche** (Tanas R)

H 14,30 Problemi psicologici nei bambini ragazzi obesi Derisione Bullismo Disturbi del comportamento alimentare (Mazza F, Boscherini M, Tanas R)

IL PROGRAMMA in 3 tempi: 1 La IªVisita:

H 16,15 Fare diagnosi e Valutare il Rischio di persistenza. Il BMI, le curve di crescita, i percentili e lo z-score (Tanas R).

H 17,15 Esercitazione pratica: 4 Casi clinici in aula. Da cm e kg a BMI, BMI percentile, z-score. Da anamnesi, es. obiettivo e diagnostica a Diagnosi e misura del Rischio Metabolico. (Tanas R, Caggese G)

II° Giorno h 8,30 -18,30

Terza Sessione (h 8,30-13,30)

H 8,30 Rivalutazione della prima giornata: novità e perplessità dei partecipanti

H 9,00 Comunicare la diagnosi e Proporre un intervento educativo terapeutico Familiare di gruppo. Come parlare ai genitori (Tanas R).

H 9,45 Prove di Simulazione (Role-play). Simulazione di I° visita. Valutare le differenti modalità di approccio e i loro effetti. Storia di un caso clinico (Tanas R, Caggese G)

IL PROGRAMMA in 3 tempi: 2 L'Incontro Familiare di Gruppo

H 11,00 L'incontro Familiare con le famiglie e gli adolescenti(Tanas R)

H 11,30 Discussione delle problematiche nella realizzazione pratica.

IL PROGRAMMA in 3 tempi 3 La Visita Conclusiva

H 12,00 Ultima visita, Follow-up e 2 casi clinici (Tanas R)

H 12,30. Risultati del nostro programma e casi clinici (Tanas R)

Quarta Sessione (h 14,30-18,30)

H 14,30 Il Progetto di Studio Multicentrico Proposta di studio di 2 anni (Tanas R).

H 15,00 Rischi anestesiolgici / complicanze: la Chirurgia Bariatrica (Caggese G)

H 16,00 Una Rete Assistenziale possibile nella nostra sanità pubblica (Tanas R)

H 17,00 L'Educazione Terapeutica del Paziente: Domande all'esperto (Tanas R)

H 18,30 Saluti e Chiusura del corso.

SCHEDA ISCRIZIONE

Corso di Formazione Residenziale

L'Educazione Terapeutica Familiare di Gruppo per curare Sovrappeso, Obesità e Sindrome Metabolica in Età Evolutiva.

Il Presente modulo, debitamente compilato, assieme alla copia del bonifico di pagamento devono essere inviati a.

Dati personali (obbligatori)

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____

Codice Fiscale (16 lettere/numeri) _____

Partita IVA _____ Tel. casa _____

Tel.cell. _____ E - mail _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo _____

Unità operativa _____

Ruolo ricoperto _____

Profilo professionale _____ Disciplina _____

Telefono lavoro _____ Fax _____

Stage da effettuare il _____

L'ammissione al corso verrà comunicata via e-mail al singolo partecipante e sarà subordinata al pagamento preventivo della quota di iscrizione dell'importo secondo le modalità comunicate.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto nato adichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ex art. 13 D. L.vo 196/03 e conseguentemente acconsente al trattamento dei propri dati personali.

Data _____

Firma _____

L'importo verrà fatturato a:

Ente* /Persona _____ c) pubblico c) privato

Indirizzo fiscale: Via _____

Cap. _____ Città _____ Provincia _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

CAUSALE : LA TERAPIA DELL'OBESITA' IN ETA' EVOLUTIVA CON L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA.

in data _____

Data _____

Firma _____

*** Se il pagamento verrà effettuato dall'Ente di appartenenza, si chiede di allegare la nota dell'ente che autorizza la partecipazione al corso e copia della ricevuta relativa al pagamento della quota d'iscrizione.**

Nel caso si desideri che la spedizione della fattura sia fatta in luogo diverso dal precedente:

All'attenzione

di _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città e Provincia _____

Il sottoscritto nato adichiara di

aver ricevuto e preso visione dell'informativa ex art. 13 D. L.vo 196/03 e conseguentemente

acconsente al trattamento dei propri dati personali

Data _____

Firma _____