

## Informazioni Generali

### Crediti Formativi ECM

Il corso è stato sottoposto all'accreditamento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute

Accreditato per:

- Medico Chirurgo  
(Ematologia-Pediatria-Gastroenterologia)
- Medico di Medicina Generale
- Infermieri

Per ottenere i crediti formativi sarà necessario:

- partecipare nella misura del 100% ai lavori scientifici per i quali è stato richiesto l'accreditamento;
- compilare il questionario di accreditamento e la scheda di valutazione dell'evento con i dati completi del partecipante;
- riconsegnare, al termine dell'evento, presso la Segreteria, tutta la documentazione debitamente compilata e firmata.

### Attestato di Partecipazione

A tutti gli iscritti che ne faranno richiesta alla Segreteria, in sede congressuale, verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

### Iscrizione al Corso

L'iscrizione al corso è obbligatoria, gratuita ed a numero chiuso. La richiesta di partecipazione dovrà essere inoltrata alla Segreteria Organizzativa inviando l'apposita scheda compilata in ogni sua parte. Non verranno accettate schede incomplete o mancanti di dati.

Il termine ultimo per l'iscrizione è il **15 Luglio 2010**.

## Sede del Convegno



Centro Ricerche e Studi Direzionali - Castello Utveggio  
Via Padre Ennio Pintacuda, 1  
90142 - Palermo

## Segreteria Organizzativa

### CERISDI - Centro Ricerche e Studi Direzionali

Rosario **Tantillo** Tel. 091 - 639.12.10  
E-mail [rosario.tantillo@cerisdi.it](mailto:rosario.tantillo@cerisdi.it)

Giovanna **Di Franco** Tel. 091 - 639.12.09  
e-mail [giovanna.difranco@cerisdi.it](mailto:giovanna.difranco@cerisdi.it)

Fax 091 - 637.25.70

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

### U.O.C. Ematologia-Emaglobinopatie A.R.N.A.S. Civico, Di Cristina, Benefratelli - Palermo

Dott.ssa Z. Borsellino e-mail: [zeliaborsellino@libero.it](mailto:zeliaborsellino@libero.it)  
Dott.ssa L. Cuccia e-mail: [lianacuccia@libero.it](mailto:lianacuccia@libero.it)  
Dott.ssa M. Marocco e-mail: [mariellamarocco@libero.it](mailto:mariellamarocco@libero.it)  
Dott. G.B. Ruffo e-mail: [gbruffo@libero.it](mailto:gbruffo@libero.it)

## Con il contributo di

NOVARTIS  
CHIESI  
SCHERING PLOUGH  
ROCHE

## Elenco dei Moderatori e Relatori

- A. Allegra Centro ANDROS
- S. Amato Ordine dei Medici di Palermo
- M. Capra A.R.N.A.S. Civico, Di Cristina, Benefratelli Palermo
- G. Dardanoni Ass. Regionale alla Salute - DASOE OER
- V. Di Marco Azienda Ospedaliera Policlinico "P. Giaccone" - Palermo
- P. Giuliano A.R.N.A.S. Civico, Di Cristina, Benefratelli Palermo
- S. Lo Bue Ass. Reg. Salute - DASOE Area 6
- M. Lo Giudice Pediatra di libera scelta
- A. Maggio Osp. Riuniti Villa Sofia-Cervello - Palermo
- R. Malizia Osp. Riuniti Villa Sofia-Cervello - Palermo
- M. Midiri Azienda Ospedaliera Policlinico "P. Giaccone" - Palermo
- C. Morana Pediatra di libera scelta
- G.B. Ruffo A.R.N.A.S. Civico, Di Cristina, Benefratelli Palermo
- L. Spicola Medico di Medicina Generale



Regione Siciliana Assessorato alla Salute  
Ordine dei Medici di Palermo

## VENTENNALE ASSOCIAZIONE THALASSEMICI Ospedale dei Bambini - Palermo - Onlus

## EMOGLOBINOPATIE

## Integrazione ospedale-territorio

## DIRETTORE SCIENTIFICO

**Dott. Marcello Capra**

Sabato 25 Settembre 2010  
CERISDI - Castello Utveggio  
Via Padre Ennio Pintacuda, 1 - 90142 -

## Programma del corso

08.30 - Registrazione dei partecipanti

Pretest

09.00 - Saluto delle Autorità

**Prof. Adelfio E. Cardinale**

Presidente CERISDI

**Dott. Salvatore Amato**

Presidente Ordine dei Medici di Palermo

**Dott. Massimo Russo**

Assessore Regionale alla Salute

**Dott. Dario Allegra**

Direttore Generale ARNAS Civico, Di Cristina,  
Benefratelli di Palermo

**Sig. Benedetto Di Noto**

Presidente Associazione Talassemici Ospedale  
dei Bambini di Palermo - ONLUS

**Arch. Loris Giambrone**

Presidente Lega Regionale Emopatici

09.20 - Presentazione del corso e apertura dei lavori

**Dott. Marcello Capra**

## I Sessione

### LEGISLAZIONE EPIDEMIOLOGIA E CLINICA DELLE EMOGLOBINOPATIE

Moderatori: **Dott. R. Malizia - Prof. M. Midiri**

09.30 - **Dott.ssa G. Dardanoni**

*Epidemiologia delle Emoglobinopatie; ruolo del  
RESTE in Sicilia*

09.45 - **Dott.ssa S. Lo Bue**

*Normative regionali in materia di Talassemia*

10.00 - **Dott. M. Capra**

*Clinica e terapia delle Talassemie*

10.20 - Break

11.00 - **Prof. A. Maggio**

*Clinica e terapia delle Drepanocitosi*

11.20 - **Dott.G.B. Ruffo**

*Terapia chelante - monitoraggio*

11.40 - Discussione

12.00 - **Prof. M. Midiri**

*Il Ruolo della RMN*

## II Sessione

### GESTIONE E MONITORAGGIO DELLE COMPLICANZE NELLE EMOGLOBINOPATIE

Moderatori: **Dott. M. Capra - Prof. A. MAggio**

12.20 - **Dott. P. Giuliano**

*Le complicanze cardiache*

12.40 - **Dott. V. Di Marco**

*Le complicanze epatiche*

13.00 - **Dott. A. Allegra**

*Pubertà e riproduzione*

13.20 - Discussione

13.40 - Colazione di lavoro

## III Sessione

### IL RUOLO DEL PEDIATRA E DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Moderatori: **Dott. S. Amato - Dott.ssa M. Lo  
Giudice**

14.40 - **Dott.ssa C. Morana**

*Il punto di vista del Pediatra di famiglia*

15.00 - **Dott. L. Spicola**

*Il punto di vista del Medico di famiglia*

15.20 - Discussione

## IV Sessione

### CONFRONTO CON GLI ESPERTI

15.30 - Welcome Pazienti

Moderatori: **Dott. M. Capra - Prof. A. Maggio**

16.00 - **Tavola Rotonda: gli esperti rispondono**

**Dott. P. Giuliano**

**Dott. V. Di Marco**

**Dott. A. Allegra**

18.00 - Discussione

18.30 - Chiusura dei lavori

## EMOGLOBINOPATIE

### Integrazione ospedale-territorio

#### *Scheda di iscrizione*

Cognome .....

Nome .....

Nato a ..... Il .....

Codice fiscale .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città .....

Tel. .... Fax .....

e-mail .....

Qualifica .....

Ente/Ist. Di appartenenza .....

Con sede in .....

CAP ..... Città .....

*Si prega di compilare in stampatello e verificare l'esattezza dei dati.  
Schede incomplete o inesatte non potranno essere accolte per  
l'accreditamento del partecipante per l'ECM.*

*INFORMATIVA D.Lgs. 193/03  
I suoi dati saranno oggetto di eventuale materiale informativo. In ogni  
momento potrà richiedere la modifica, il non utilizzo o la  
cancellazione dei suoi dati.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_