

## ELENCO MODERATORI E RELATORI

### Responsabile Scientifico

**Dr. Tommaso Ceci**

*Dirigente Medico DSB Teramo*

### Moderatori:

**Dr. Dario Di Michele**

*Direttore Dipartimento Discipline Mediche  
AUSL Teramo*

**Dr. Tullio Spina**

*Direttore Dipartimento di Anestesia  
e Rianimazione - ASL Pescara*

### Relatori:

**Dr. Luciano Agostinone**

*Dirigente Medico U.O. di Anestesia Rianimazione  
e Terapia del Dolore del P.O. Spirito Santo  
di Pescara - ASL Pescara*

**Prof. Roberto Aquilani**

*Primario Medicina Nutrizione Fondazione  
Salvatore Maugeri -PV- Clinica del lavoro  
e della riabilitazione - Istituto Montescano*

**Dr. Pier Paolo Carinci**

*Responsabile U.O. Cure Palliative - Hospice  
ASL Lanciano Vasto Chieti*

**Dr.ssa Gilda D'Angelo**

*Dietista Servizio Dietetico  
Direzione Sanitaria Giulianova - AUSL Teramo*

**Dr.ssa Marisa Diodati**

*Responsabile Hospice Bouganville - ASL Pescara*

**Dr. Claudio Di Bartolomeo**

*Direttore Coordinamento Terapia del Dolore  
ed Integrazione Ospedale  
Territorio - Hospice - AUSL Teramo;*

**Dr. Raffaele Trulli**

*Dirigente Medico Ambulatorio Ferite Difficili  
ASL Lanciano Vasto Chieti;*

### RIVOLTO A:

**Medico Chirurgo** (*Anestesia e  
rianimazione, Allergologia ed  
Immunologia clinica, Cardiologia,  
Dermatologia, Ematologia,  
Venereologia, Endocrinologia,  
Geriatrics, Igiene, Epidemiologia e  
Sanità Pubblica, Medicina Fisica e  
riabilitazione, Medicina Interna,  
Medicina trasfusionale, Neurologia,  
Oncologia, Organizzazione dei Servizi  
di Base, Patologia Clinica, Pediatria,  
Scienza dell'Alimentazione Dietetica*)

**Dietisti – Farmacisti – Medici MG**

**Pediatrati libera scelta**

**Medici di continuità assistenziale**

**Direttori distretti sanitari**

**Assistenti sanitari**

**Infermiere professionale**

**Fisioterapista**

**Infermiere pediatrico**

### Il corso è obbligatorio per:

*Medico MG; Pediatra libera scelta*

*Crediti ECM in fase di accreditamento.*

*Numero massimo partecipanti: 300.*

*Le iscrizioni dovranno pervenire  
a mezzo fax o mezzo e-mail a*

### Segreteria Organizzativa:

**Bufo Manuela**

tel. 0861/420417 - Fax. 0861/420422

Distretto Sanitario di Base di Teramo

Circ.ne Ragusa, 1 - Teramo

manuela.bufo@aslteramo.it

*L'iscrizione può avvenire anche in sede congressuale*



CONGRESSO A RILEVANZA NAZIONALE

# ASSISTENZA DOMICILIARE, HOSPICE E STATO NUTRIZIONALE

Responsabile scientifico *Dr. Tommaso Ceci*



*Ippocrate nel visitare un bambino - Robert Tohm 1959*

## 12 aprile 2014

Presso l'Aula Convegni  
P.O. Teramo

# ASSISTENZA DOMICILIARE, HOSPICE E STATO NUTRIZIONALE

## Programma

**Responsabile Scientifico:** *Dr. Tommaso Ceci*

**Moderatori:** *Dr. Dario Di Michele*

*Dr. Tullio Spina*

**8.00**

Registrazione Partecipanti

**8.15 – 8.30**

Saluto delle autorità

*Direttore Generale AUSL Teramo*

**8.30 – 9.00**

Introduzione

*Dr. Tommaso Ceci*

**9.00- 9.30**

Lectio Magistralis

*Prof. Roberto Aquilani*

**9.30 – 10.30**

Paziente territoriale  
con lesioni cutanee croniche

*Dr. Raffaele Trulli*

**10.30 – 11.00**

Hospice Realtà a confronto

*Dr. Marisa Diodati*

**11.00 – 11.30**

Nutrizione sul territorio  
in pazienti in ADI

*Dr. Luciano Agostinone*

**11.30 – 12.00**

Aspetti nutrizionali  
del paziente ospedalizzato

*Dr.ssa Gilda D'Angelo*

**12.00 - 12.30**

Hospice – la realtà dell'AUSL  
di Teramo

*Dr. Claudio Di Bartolomeo*

**12.30 -13,00**

Hospice – la realtà dell'AUSL  
di Chieti

*Prof. Pierpaolo Carinci*

**13.00 – 14.00**

Chiusura dei lavori  
tavola rotonda

*Prof. Roberto Aquilani*

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
ASSISTENZA DOMICILIARE,  
HOSPICE E STATO NUTRIZIONALE

**INVIARE PER E-MAIL O FAX**

**Segreteria Organizzativa**

Bufo Manuela

Tel. 0861/420417 - Fax. 0861/420422 - manuela.bufo@asiteramo.it

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Ente di appartenza: \_\_\_\_\_

Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

Data

Firma

**ATTENZIONE!** La mancata compilazione della scheda di iscrizione in ogni sua parte comporterà l'esclusione dai crediti formativi ECM.

*Crediti ECM in fase di accreditamento. Numero massimo partecipanti: 300.*

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.LGS.196/03

La informiamo che, ai sensi del D.Lgs.196/2003 i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo formeranno oggetto di trattamento esclusivamente per la richiesta di iscrizione all'evento. I dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa di cui sopra con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio ed il rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità di instaurare rapporti con la scrivente. I suoi dati personali potranno essere comunicati agli incaricati del trattamento ed, in genere, a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione si renda necessaria in relazione alle finalità di cui sopra. La scrivente si riserva di effettuare, durante lo svolgimento del Congresso, riprese foto - cinematografiche, e si impegna a che l'utilizzo di tali riprese sia finalizzato esclusivamente al contenuto dell'evento in oggetto e con intenti prettamente didattici. Tali riprese potranno essere sottoposte alla visione di soli docenti e partecipanti iscritti allo stesso evento. Per i partecipanti che desiderassero vedere uno o più riprese dell'evento le immagini potranno essere visionate previo accordo con la segreteria organizzativa.

### ACQUISIZIONE CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il sottoscritto acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del d.Lgs.196/2003, come interessato presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini e le modalità di utilizzo indicati nell'informativa di cui sopra. - presta il suo consenso all'utilizzo in forme audiovisive e fotografiche della propria immagine, per usi consentiti dalla Legge e senza offesa del buon costume e della morale individuale, esclusivamente per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa?

Do il consenso  Nego il consenso

Firma \_\_\_\_\_