

SEDE DEL CONGRESSO

Aula Infernotti
A.O.U. San Giovanni Battista Torino
Presidio San Giovanni Antica Sede - Via Cavour, 31 - Torino

ECM

L'evento è stato accreditato nel programma ECM - AGENAS per 50 Medici Chirurghi, specialisti in: Gastroenterologia, Medicina Interna, Oncologia, Radioterapia, Chirurgia Generale, Urologia, Anatomia Patologica, Radiodiagnostica .
Sono stati attribuiti n. 5 crediti.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



piazza Campetto 2/8 16123 Genova
tel. 010 255146 fax 010 255009
symposia@symposiacongressi.com
www.symposiacongressi.com

Incontro dei GIC



“Neoplasie del colon retto”

Torino
30 settembre 2011

In collaborazione con



Coordinatori dell'Evento

Dott. Oscar Bertetto
Dott.ssa Monica Viale

PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 13.30** Welcome coffee e registrazione dei partecipanti
- Prima sessione Moderatori **P. Racca, M. Clerico**
- 14.15** Tavola rotonda: "Esame dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali della rete"
- Il punto di vista del gastroenterologo **M. Spandre**
Il punto di vista del radiologo **G. Limerutti**
Il punto di vista dell'anatomo patologo **P. Cassoni**
Il punto di vista del chirurgo **P. Massucco**
Il punto di vista del radioterapista **V. Tseroni**
Il punto di vista dell'oncologo medico **M. Tampellini**
- 15.45** "Il ruolo dell'infermiere nel GIC" **F. Savia**
- 16.00** "Il modello di refertazione del GIC" **A. Comandone**
- Seconda sessione Moderatori **R. Faggiuolo, O. Alabiso**
- 16.30** "Stato dell'arte e prospettive del trattamento del carcinoma del colon retto" **A. Sobrero**
- 17.20** "Appropriatezza prescrittiva" **M. Aglietta**
- 17.40** "Appropriatezza organizzativa" **L. Ciuffreda**
- Terza sessione
- 18.00** Tavola rotonda: "Considerazioni finali"
- Conduzione e take home message **M. Airoidi**
"Linee guida per lo screening del colon retto" **N. Segnan**
"Valutazioni critiche e proposte per il Piemonte" **M. Merlano**
"Valutazioni critiche e proposte per la Valle d'Aosta" **G. Numico**
- 19.15** Questionario di valutazione ECM

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome*

Cognome*

Nato a*

il*

C.F.

Indirizzo residenza*

CAP* Città*

Ente/Istituto

Indirizzo ente

CAP Città

Tel.*

Cell.*

E-mail

Professione*

Disciplina*

* dati obbligatori ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM

Si prega inviare la scheda di iscrizione, completa di tutti i dati, alla Segreteria Organizzativa dell'evento: fax n. 010 25009

La sottoscrizione del presente modulo autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione del D.Lgs. 196/2003.
Per ulteriori informazioni in merito consultare www.symposiacongressi.com

Data Firma