

## “VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA IN ETÀ PEDIATRICA”

Venerdì 18 settembre 2015

Sala Convegni del Distretto 1, Ex Ospedale GB Giustinian, Dorsoduro 1454, Venezia

Evento 30-5255 ECM Veneto - age.na.s.

10.9 crediti per Medico chirurgo, Psicologo, Fisioterapista, Logopedista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.

L'obiettivo del corso è creare una sinergia tra logopedista e fisioterapista nel lavoro col bambino con patologia neuromotoria riguardo i disturbi dell'alimentazione. Alla fine del corso i riabilitatori che ruotano intorno al bambino saranno in grado di descrivere le basi anatomofisiologiche della deglutizione, di valutare la funzionalità orale, e tutti i partecipanti all'equipe, ognuno per le proprie competenze, sapranno proporre in sinergia tra loro un progetto di trattamento.

Il corso teorico-pratico prevede un massimo di 24 partecipanti per permettere una didattica interattiva attraverso esercitazioni pratiche individuali e a piccoli gruppi).

### PROGRAMMA

8.30-9.30	Cenni di anatomo-fisiologia delle strutture oro-faringee. Le basi neurologiche della deglutizione. La patologia disfagica in età evolutiva. Eziologia, sintomatologia.
9.30-10.30	Il Trattamento logopedico inserito nel progetto terapeutico: ambiti di intervento. Valutazione – follow up – presa in carico: metodologia operativa.
10.30-10.45	<i>Pausa caffè</i>
10.45-12.15	Il ruolo della percezione nello sviluppo e regolazione della funzionalità orale. Il trattamento della funzionalità orale nei diversi quadri patologici.
12.15-13.00	Il Sistema di Postura durante le attività funzionali legate alla nutrizione
13.00-14.00	<i>Pausa pranzo</i>
14.00-14.45	La valutazione della funzionalità orale durante l'alimentazione e il trattamento. Dominanza e superamento dei Pattern Motori Primari orali.
14.45-16.15	Applicazione del protocollo di valutazione. Esercitazione individuale.
16.15-16.30	<i>Pausa caffè</i>
16.30-17.15	Proposte operative applicate ai contesti di vita del bambino (familiare, scolastico, ambulatoriale)
17.15-17.45	Discussione
17.45-18.00	<i>Verifica dell'apprendimento</i>

#### Docente: Carla Leonardi

- Dal 1976 a tutt'oggi logopedista presso il Servizio di Neuroriabilitazione dell'Età Evolutiva - ULSS 16 di Padova (disturbi della funzionalità orale in relazione all'alimentazione).
- Professore a contratto e tutor didattico presso i Corsi di Laurea in Logopedia e Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva (Università di Padova).
- Docente in numerosi corsi di formazione organizzati da Università, ULSS ed Enti Privati sul tema.

**Responsabile Scientifico:** Dr. Franca Martelli, Direttore Distretto 1

**Referente di Formazione:** Antonella Colussi logopedista servizio SEE, Distretto 1

### MODALITA' E PERFEZIONAMENTO DELL'ISCRIZIONE

La segreteria scientifica, per ogni corso previsto, valuta le adesioni giunte presso la Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità per il corso di formazione "VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA IN ETA' PEDIATRICA", in ordine alla data di ricezione\*.

Ogni singolo corso sarà di norma effettuato solo se viene raggiunto il numero dei partecipanti indicati.

---

#### PROCEDURA ISCRIZIONE:

- a) La segreteria, almeno 20 giorni prima dell'espletamento del Corso, comunicherà la disponibilità del posto.
- b) L'iscrizione si intende perfezionata al ricevimento, **tramite fax o e-mail**, entro 5 giorni da tale comunicazione, del presente modello compilato e copia del versamento:  
⇒ inviare la scheda di iscrizione (**allegato A**) e copia del versamento a: Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità AULSS 12 Veneziana, all'attenzione di **Marisol Martinelli**.  
fax 041/965.6573-6569; tel. 041/9656556 e-mail: [marisol.martinelli@ulss12.ve.it](mailto:marisol.martinelli@ulss12.ve.it)
- c) \*Nel caso di maggiori iscrizioni rispetto ai posti disponibili è prevista una selezione dei candidati, secondo l'ordine di arrivo delle schede di iscrizione e/o di propedeuticità.
- d) L'accoglimento della domanda Vi sarà comunicato, entro i 5 giorni successivi dalla data di invio della scheda di iscrizione e copia del bonifico (non si assume nessuna responsabilità in caso di fax o PC spento o non presidiato).
- e) Il mancato rispetto del limite di 5 giorni dalla comunicazione della disponibilità da parte della segreteria organizzativa all'invio della scheda di iscrizione e della copia del versamento, comporta l'assegnazione del posto ad altro iscritto.
- f) La mancata partecipazione al Corso nella data assegnata comporta la perdita dell'intera quota.
- g) **La Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità** provvederà a trasmettere tempestivamente copia della scheda di iscrizione al corso e copia del versamento al Servizio di Contabilità e Bilancio per l'emissione della fattura.

**Gli originali** della scheda e del versamento, vanno comunque consegnati in sede di corso.

#### QUOTA DI ISCRIZIONE:

Quota di iscrizione **Euro 103,00**. Qualora esente I.V.A. (da indicare i presupposti di legge che giustificano l'eventuale esenzione), alla quota di iscrizione va aggiunto l'importo della marca da **bollo pari ad euro 2,00 per versamenti superiori ad euro 77,47**.

---

#### MODALITA' DI PAGAMENTO:

Eeguire il versamento:

c/c postale n° 18006304, intestato a " AULSS 12 Veneziana, Via Don Tosatto, n° 147 Mestre.

c/c bancario c/o Intesa San Paolo IBAN IT 24 0 03069 02114 100000300342 ULSS 12 Veneziana

- E' indispensabile l'indicazione della causale del versamento ("Partecipazione Corso.....")

- La quota da diritto a: partecipazione al Corso, manuale o dispensa, Certificato o Attestato rilasciato **dall'Azienda ULSS 12 Veneziana**, Attestato ECM (dove previsto), superate le valutazioni finali.

#### PER INFORMAZIONI:

Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità, dal lun al ven con orario 9.00-13.00- tel. 041/965.6558-6556.

#### RINUNCIA ALLA PARTECIPAZIONE:

- Dovrà essere comunicata via fax almeno 10 giorni prima della data di inizio del Corso. In caso di mancata disdetta entro i predetti termini, la quota sarà trattenuta. E' ammessa la sostituzione dei partecipanti, a pari requisiti.

#### VARIAZIONI DI PROGRAMMA:

- Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità si riserva la facoltà di rinviare o annullare il corso programmato dandone tempestiva notizia ai partecipanti; in quest'ultimo caso suo unico obbligo è provvedere al rimborso dell'importo ricevuto.

(Allegato A) Presa visione delle "modalità e perfezionamento dell'iscrizione":

**SCHEDA DI ISCRIZIONE ESTERNI  
VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA IN ETA' PEDIATRICA**

I Edizione 18 SETTEMBRE 2015

**€ 105,00**

*Gli importi delle quote di iscrizione sono da considerarsi in esenzione IVA Ex ART. 10 Punto 20 DPR 26/10/1972 n. 633.*

Da compilarsi dettagliatamente in stampatello.

La scheda di iscrizione al corso con la propria firma in calce ed eventuale timbro unitamente alla copia di versamento deve essere spedita a mezzo **fax al n° 041965 6573- 6569** a:

Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità - AULSS 12 Veneziana, all'attenzione di Maurizio De Mauro e/o Marisol Martinelli.

Il Servizio di Contabilità e Bilancio provvederà a trasmettere la relativa fattura.

I dati forniti saranno utilizzati con la massima riservatezza al fine di consentire e registrare la partecipazione ai corsi.

**NB: Gli originali della scheda e del versamento, vanno comunque consegnati in sede di corso**

Qualifica (Medico, IP, Soccorritore, etc) \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Part. IVA \* \_\_\_\_\_

**Data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Qualora la fattura vada intestata all'ente/associazione/ditta/etc. di appartenenza, occorre fornire i seguenti ulteriori dati e la firma in calce deve essere apposta dal responsabile, **corredata di timbro.**

Intestatario della fattura \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Part. IVA \* \_\_\_\_\_

Spesa esente IVA, in quanto (indicare i presupposti di legge che giustificano l'eventuale esenzione): \_\_\_\_\_

**Data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**(\*) Omettere, nel caso in cui la fattura vada intestata all'ente di appartenenza.**