

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

E' possibile iscriversi attraverso due modalità:

- prenotazione **online** collegandosi al sito [www.formatsas.com](http://www.formatsas.com), seguendo le indicazioni fornite alla voce iscrizioni. L'iscrizione si intende accettata, al completamento della pagina web, entro 14 giorni dalla prenotazione, inserendo i dati del versamento, allegando copia della ricevuta di pagamento o dell'autorizzazione scritta dell'Ente di appartenenza

- contattando **telefonticamente** la segreteria organizzativa del Gruppo Format per verificare la disponibilità dei posti. L'iscrizione si intende accettata, alla ricezione via fax (0533-717314), entro 14 giorni dalla prenotazione, del:

- modulo di iscrizione
- ricevuta di pagamento o dell'autorizzazione scritta dell'Ente di appartenenza

Le prenotazioni saranno accettate in ordine cronologico. La prenotazione e l'iscrizione saranno confermate da una email spedita dalla segreteria organizzativa.

Dopo 14 giorni, se la procedura di iscrizione non viene completata, la priorità acquisita attraverso la prenotazione in ordine cronologico, potrà subire variazioni e il posto riservato potrà essere reso disponibile. Sarà possibile verificare in qualsiasi momento presso la segreteria la nuova priorità e la disponibilità dei posti.

Il pagamento può essere effettuato, indicando come **causale NOME, COGNOME e CODICE EVENTO**:

Tramite **Bonifico Bancario** intestato a  
**FORMAT sas** - Via Cavallotti 8 - Codigoro (FE)  
Cassa di Risparmio di Bolzano - Filiale di Trento - Viale Verona  
Cod. IBAN: **IT 77 D 06045 01800 0000 0009 1700**

Tramite **Bollettino Postale** intestato a:  
**FORMAT s.a.s.** - Via Cavallotti 8 - Codigoro (FE)  
CCP n° **56528466**

## DISDETTE E RIMBORSI

In caso di disdetta:

- entro il termine delle iscrizioni, verrà restituito l'80% della quota versata;
  - dal termine delle iscrizioni, per 5 giorni lavorativi, verrà restituito il 50% della quota;
  - dal 5° giorno successivo alla scadenza delle iscrizioni fino al giorno del corso, in caso di adesione al Fondo Assicurativo, verrà rimborsata l'intera quota di iscrizione nei casi previsti dal regolamento, consultabile sul sito [www.formatsas.com](http://www.formatsas.com) o da richiedere alla Segreteria. In tutti gli altri casi non verrà effettuato nessun rimborso.
- La Segreteria organizzativa si riserva di non attivare il corso qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto. In questo caso verranno concordate con gli iscritti le modalità di rimborso.

## Orario

Registrazione Partecipanti: 14.30  
Corso: 15.00 - 19.00

## Scadenza iscrizioni

26 febbraio 2015

## Quota di partecipazione

Per gli iscritti Nursing Up:  
€ 18,00 + IVA 22% se dovuta (totale € 21,96)

Per i non iscritti Nursing Up:  
€ 24,00 + IVA 22% se dovuta (totale € 29,28)

Sconto 25% sulla quota non iscritti Nursing Up per studenti (esclusi dall'obbligo ECM)  
Regolamento sul sito [www.formatsas.com](http://www.formatsas.com)

## Sede del corso

Parrocchia S. Maria di Cadola  
Frazione Cadola 53 - Ponte nelle Alpi (BL)

In auto:

- Autostrada A27: uscita Belluno SS51 Alemagna direzione Belluno - Ponte Nelle Alpi, dopo 500 mt (loc. Cadola) c/o Parrocchia S. Maria di Cadola sotto il Campanile è situata la sala Mon. Savio sede del corso.
- Parcheggio: è possibile usufruire dei parcheggi liberi nelle vicinanze della struttura.

## Provider ECM e Segreteria Organizzativa

Format s.a.s.  
via F. Cavallotti 8 - Codigoro (FE)  
tel. 0533 713 275 - cell. 329 395 33 46 - fax 0533 717 314  
e-mail [info@formatsas.com](mailto:info@formatsas.com) - [www.formatsas.com](http://www.formatsas.com)

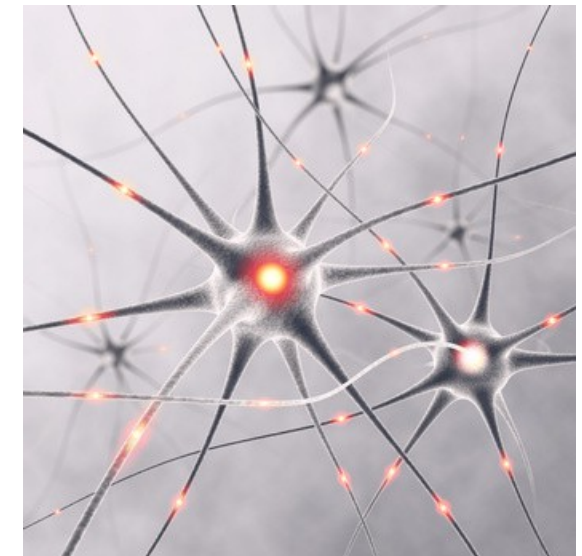
Iscrizione al Registro delle Imprese di Ferrara, C.F. e P.I. 01569060385 - REA FE 178788



**E.C.M.**  
Educazione Continua  
in Medicina



# IL DOLORE TOTALE



**10 marzo 2015**  
**Ponte nelle Alpi (BL)**  
**Parrocchia S. Maria di Cadola**

In collaborazione con

**NURSING-UP**

Associazione Nazionale SINDACATO Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica  
Via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 - Roma - TELEFAX 06 5123395 Numero Verde 800959529  
WEB: [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it) (con accesso ai siti regionali) E-Mail: [info@nursingup.it](mailto:info@nursingup.it) - [nursingup@nursingup.it](mailto:nursingup@nursingup.it)



COORDINAMENTO VENETO

## Finalità

Molte sono le paure che il paziente oncologico deve affrontare, la paura di soffrire, la paura di morire, la paura della perdita della propria autonomia e autocontrollo ma la paura più grande è il dolore. Quando il dolore interessa sia l'ambito puramente fisico, sia quello psicologico e spirituale, e coinvolge profondamente l'intera persona, si parla di dolore totale o globale. Il dolore oncologico interferisce notevolmente sulle attività quotidiane e sulla qualità di vita del paziente. Alleviare il dolore in pazienti affetti da cancro è imperativo, anche se oggi il dolore continua ad essere sottostimato e sottotrattato. Il corso si propone di sviluppare competenze per una completa valutazione del dolore e per la scelta e applicazione di strategie e modalità soprattutto non farmacologiche, utili per controllare il dolore e migliorare il benessere del paziente.

## Obiettivi

- Definire il dolore oncologico e illustrare le sue caratteristiche e tipologie
- Riconoscere le conseguenze fisiche e psicologiche del dolore e come interferisce nella qualità di vita
- Individuare modalità e strumenti multidimensionali e unidimensionali utili per l'accertamento del dolore oncologico
- Sviluppare competenze per applicare strategie e metodi farmacologici e non, per il controllo del dolore oncologico

*Obiettivo Nazionale ECM*

Trattamento del dolore acuto e cronico palliazione

## Contenuti

Definizione di dolore oncologico e sue caratteristiche

Caratteristiche e tipi di dolore

Conseguenze fisiche e psicologiche del dolore e impatto sulla qualità di vita

Modalità e strumenti multidimensionali e unidimensionali per l'accertamento del dolore oncologico

Il trattamento del dolore oncologico:

- il trattamento farmacologico

- il trattamento non farmacologico

Le cure palliative e l'hospice

## Docente e Responsabile Scientifico

**Cinzia Berto**

Infermiera

AULSS 13 Dolo Mirano (VE)

Master in management e coordinamento

Master in cure palliative al termine della vita

Laurea in Farmacia

Referente aziendale al progetto "Ospedale-Territorio

Senza Dolore"

## Metodologia didattica

Lezione frontale

Analisi e discussione di casi e problemi

Confronto/dibattito

## Destinatari

Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o, Assistente Sanitario, Medico Chirurgo (tutte le discipline), Psicologo, Fisioterapista, Farmacista, Educatore Professionale, Logopedista

(Posti disponibili: 80)

## Crediti ECM

Saranno erogati 5 crediti ECM



MODULO DI ISCRIZIONE

\*Campi obbligatori

Codice evento NES0115BL1003

### DATI CORSISTA

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_  M  F

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_ Nato/a a\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

Indirizzo\* \_\_\_\_\_ CAP\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare\* \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

Professione\* \_\_\_\_\_ Disciplina (se previsto) \_\_\_\_\_ Prov. in cui opera prevalentemente\* \_\_\_\_\_

Profilo lavorativo\*:

Libero Prof.  Dipendente  Convenzionato  Privo di Occ.  Studente

Iscritto all'Ordine/Collegio/Ass. Prof.le\* \_\_\_\_\_ Prov. o Regione\* \_\_\_\_\_ Num. Iscrizione\* \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza\* \_\_\_\_\_ Indirizzo\* \_\_\_\_\_ CAP\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_

Aderisco al Fondo Assicurativo  
(€ 5,00 + IVA se dovuta)

Non aderisco al Fondo Assicurativo

### DATI INTESAZIONE FATTURA

(\*\*da compilare solo se diversa dal nominativo del corsista)

Partita IVA\*\* \_\_\_\_\_ Codice Fiscale\*\* \_\_\_\_\_

Intestazione fattura\*\* \_\_\_\_\_

Indirizzo\*\* \_\_\_\_\_ CAP\*\* \_\_\_\_\_ Città\*\* \_\_\_\_\_ Prov.\*\* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

I dati sopra riportati verranno trattati dalle società del Gruppo FORMAT nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali". Titolare del trattamento è FORMAT sas nella persona di Silvano Telloli, titolare delle società. Si richiede il CONSENSO per l'utilizzo dei dati ai fini di comunicazione all'interessato di altre iniziative scientifiche delle società del Gruppo FORMAT. I dati non verranno diffusi a terzi se non per gli obblighi derivanti dal presente contratto e potrà esserne chiesta in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione. Per ulteriori informazioni sulle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali è possibile consultare l'Informativa generale sul sito web [www.formatsas.com](http://www.formatsas.com) o richiederla a FORMAT sas - via Cavallotti, 8 - 44021 Codigoro (FE) tel. 0533-713275 - cell. 329-3953346 - fax 0533-717314 - email [info@formatsas.com](mailto:info@formatsas.com)

Firma \_\_\_\_\_

Consapevole che, sulla base degli accordi esistenti tra Format e il sindacato Nursing Up, gli iscritti a quest'ultimo accedono al corso beneficiando di una tariffa riservata ed agevolata, dichiara sotto la propria personale responsabilità (**barrare la casella corrispondente**):

DI ESSERE REGOLARMENTE ISCRITTO AL SINDACATO NURSING UP e di essere consapevole che l'eventuale accertamento della carenza del requisito comporterà il pagamento del corso al costo pieno previsto. Pertanto lo scrivente si impegna ad effettuare il versamento della quota agevolata di ammissione al corso

DI NON ESSERE ISCRITTO AL SINDACATO NURSING UP, pertanto lo scrivente si impegna ad effettuare il versamento della quota di frequenza al corso senza sconti e/o riduzioni

DI AVERE INTENZIONE DI ISCRIVERSI AL SINDACATO NURSING UP, a tal fine, lo scrivente anticipa con la presente la propria intenzione di iscriversi al sindacato Nursing Up chiedendo di beneficiare immediatamente della quota a prezzo scontato riservata agli iscritti al sindacato medesimo e si impegna sin da ora a perfezionare la propria iscrizione al sindacato prima della data del corso. Lo scrivente si impegna altresì a consegnare alla segreteria, il giorno del corso, fotocopia della delega di iscrizione al Nursing Up recante timbro di arrivo della propria amministrazione. Il sottoscritto è consapevole che avendo scelto la presente opzione, in caso di mancato perfezionamento dell'iscrizione al sindacato Nursing Up nelle modalità descritte, dovrà integrare la quota di frequenza al corso sino a concorrenza della tariffa prevista per i non iscritti.