

**INDIRIZZO DOMICILIARE**

VIA ..... N° .....

CITTA' ..... CAP ..... PROV .....

TEL ..... FAX .....

E-MAIL .....

Tutti i campi sono obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione

**D.Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda di iscrizione al Congresso, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzia di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, azienda, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare con la sottoscrizione del presente modulo si da atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto dalla norma richiamata.

Il sottoscritto.....

autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy

DATA.....

FIRMA.....

\* Ruolo con cui si partecipa all'evento:

- P = Partecipante;
- D = Docente;
- T = Tutor;
- R = Relatore



# LA TALASSEMIA A CONFRONTO: 1990 e 2012

Presidente del Convegno:  
Prof. Renzo Galanello

Segreteria Organizzativa e Provider ECM

**Kassiopea  
group**

Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari  
Tel. 070 651242 - Fax 070 656263  
domizianamessina@kassiopeagroup.com  
www.kassiopeagroup.com

Unrestricted grant of



Ospedale Microcitemico, sala "Thun"  
Cagliari, 31 Marzo 2012



## PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 08.00** Registrazione dei partecipanti
- 08.30** Saluto delle Autorità
- 08.45** Introduzione al Convegno  
*Renzo Galanello*
- 09.00** Consulenza genetica nella talassemia  
*Paolo Moi*
- 09.30** Il bambino con talassemia  
*Carlo Dessì*
- 10.00** Novità in ferrochelazione  
*Renzo Galanello*
- 10.30** Coffee break
- 10.45** La cardiopatia  
*Patrizio Bina*
- 11.15** Epatopatia  
*Maria Eliana Lai*
- 11.45** Il trapianto di midollo osseo  
*Antonio Piroddi*
- 12.15** Discussione
- 13.00** Lunch
- 14.00** Caso clinico  
*Ilenia Follesa – Marianna Ligas*
- 14.30** Caso clinico  
*Daniela Ticca – Maria Luisa Cassitta*
- 15.00** Caso clinico  
*Giuseppina Secchi - Carla Ciroto*
- 15.30** Caso clinico  
*Maria Grazia Sanna*
- 16.00** Caso clinico  
*Angelo Zuccarelli*
- 16.30** Discussione
- 17.00** Compilazione questionario ECM  
Chiusura dei lavori  
*Renzo Galanello*

## RELATORI

### Patrizio Bina

*Servizio di Cardiologia, Ospedale Microcitemico, Cagliari*

### Maria Luisa Cassitta

*Scuola di Specializzazione in Pediatria di Sassari*

### Carla Ciroto

*Centro Trasfusionale, ASL 1, Sassari*

### Carlo Dessì

*DH Talassemia dell'età evolutiva, Ospedale Microcitemico, Cagliari*

### Ilenia Follesa

*Scuola di Specializzazione in Pediatria di Cagliari*

### Renzo Galanello

*Direttore 2ª Clinica Pediatrica - Università di Cagliari, Ospedale Microcitemico, Cagliari*

### Maria Eliana Lai

*DH Talassemici Adulti, Ospedale Microcitemico, Cagliari*

### Marianna Ligas

*Scuola di Specializzazione in Pediatria di Cagliari*

### Paolo Moi

*Servizio di Consulenza Genetica, Ospedale Microcitemico, Cagliari*

### Antonio Piroddi

*Centro Trapianti di midollo osseo, Ospedale Microcitemico, Cagliari*

### Maria Grazia Sanna

*Centro Trasfusionale, Ospedale San Francesco, Nuoro*

### Giuseppina Secchi

*Centro Trasfusionale, ASL 1, Sassari*

### Daniela Ticca

*Scuola di Specializzazione in Pediatria di Sassari*

### Angelo Zuccarelli

*Centro Trasfusionale, Ospedale San Giovanni di Dio, Olbia*

## INFORMAZIONI GENERALI

### SEDE DEL CONVEGNO

Sala Convegni "Thun" - Ospedale Microcitemico  
(Via E. Jenner, Cagliari)

### ISCRIZIONI

Il Convegno è a numero chiuso. La partecipazione è gratuita e le iscrizioni verranno accettate in base all'ordine di arrivo.

Le schede di iscrizione dovranno essere compilate in stampatello in tutte le parti del modulo ed inviate entro il 23 marzo 2012 alla Segreteria Organizzativa:

### Kassiopea Group srl

**Via G. Mameli 65 - 09124 Cagliari - Fax 070 656263**

**e-mail: domizianamessina@kassiopeagroup.com**

La Segreteria Organizzativa si riserva la decisione di chiudere le iscrizioni prima della data prevista una volta raggiunto il numero massimo dei partecipanti. Le domande che non riceveranno risposta da parte della Kassiopea Group dovranno intendersi non accolte.

### ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Al termine del Convegno verrà rilasciato un attestato di partecipazione a tutti i partecipanti regolarmente iscritti.

### ECM

Il Convegno è stato accreditato presso il sistema ECM NAZIONALE per la categoria dei Medici Chirurghi per le seguenti discipline: Cardiologia, Ematologia, Medicina interna, Pediatria, Medicina trasfusionale. Sono stati assegnati n. 7 Crediti ECM. Secondo la nuova normativa ECM, i crediti verranno assegnati esclusivamente ai medici appartenenti alle discipline sopra citate. Verrà rilevata la presenza nelle sale sia in entrata sia in uscita e i crediti verranno certificati solo se il tempo di presenza risulterà essere effettivamente quello previsto per l'evento stesso e se sarà superata la prova per la verifica dell'apprendimento. La certificazione attestante l'acquisizione dei crediti ECM verrà inviata esclusivamente via e-mail dopo il completamento delle procedure previste.

## LA TALASSEMIA A CONFRONTO: 1990 e 2012

Ospedale Microcitemico, sala "Thun"  
Cagliari, 31 Marzo 2012

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax al numero  
**070 656263** entro il **23 marzo 2012** alla Segreteria Organizzativa:

**KASSIOPEA GROUP srl - Via Mameli 65, 09124 Cagliari**  
**domizianamessina@kassiopeagroup.com**

MEDICO CHIRURGO, DISCIPLINA:

- CARDIOLOGIA  EMATOLOGIA  MEDICINA INTERNA  
 PEDIATRIA  MEDICINA TRASFUSIONALE

RUOLO\* .....

COGNOME .....

NOME .....

LUOGO DI NASCITA .....

DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE .....

PROFESSIONE .....

TEL. .... CELL. ....

E-MAIL .....

### INDIRIZZO DI LAVORO

VIA ..... N° .....

CITTÀ ..... CAP ..... PROV .....

ISTITUTO, OSPEDALE, UNIVERSITÀ, AZIENDA, ENTE .....

REPARTO, DIPARTIMENTO, CLINICA, U.O., DIVISIONE .....