

## DOCENTI

### Giovanni Ardu

Infermiere U.O. Pneumologia  
ASST CREMONA

### Martinelli Enrico

Dirigente Medico U.O. Pneumologia  
ASST CREMONA

### Torres Anna

Dirigente Medico U.O. Pneumologia  
ASST CREMONA

## RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTE

Giancarlo Bosio  
Direttore U.O. Pneumologia  
ASST CREMONA

## OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO

Integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera

## CREDITI ECM

Per l'acquisizione dei crediti formativi sarà necessario presenziare al 90% delle ore previste dal programma e rispondere correttamente all'80% delle domande del questionario di apprendimento.

## INFORMAZIONI

### IL CORSO È RIVOLTO A:

Operatori del Centro Servizi e U.O. Fragilità ASST Cremona  
Infermieri e Assistenti Sanitari - Enti Erogatori Territoriali di assistenza domiciliare  
**che collaborano con i Presidi Ospedaliero di Cremona e Oglio PO**

### EDIZIONI E DATE

**1ª EDIZIONE 07/11/2018**

**TERMINE ISCRIZIONI: 31 Ottobre**

**2ª EDIZIONE 21/11/2018**

**TERMINE ISCRIZIONI: 12 Novembre**

**POSTI DISPONIBILI: 30 PER EDIZIONE**

**DURATA: 4 ore**

**SEDE DEL CORSO: Aula U.O.S. FORMAZIONE**

Padiglione n. 4 Viale Concordia, 1 **ASST CREMONA**

### L'EVENTO È GRATUITO

### MODALITÀ DI ISCRIZIONE

#### Esterni:

1. compilare la scheda di iscrizione on-line tramite il sito internet: [www.asst-cremona.it](http://www.asst-cremona.it) (sezione corsi e convegni)
2. compilare la scheda cartacea allegata alla brochure con invio ai recapiti sottostanti

**Dipendenti: ASST Cremona** compilare la scheda di iscrizione reperibile in **intranet** sottoscritta dal Coordinatore/Responsabile.

**L'iscrizione online, tramite sito, è da considerarsi fuori orario di servizio.**

**ID: 7151**

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**Referente organizzativo: Annalisa Longari**

**U.O.S. Formazione - ASST di Cremona**

Padiglione n. 4 - Viale Concordia, 1

26100 - Cremona

Tel. 0372405185 – Fax : 0372405543

e-mail: [segreteria.formazione@asst-cremona.it](mailto:segreteria.formazione@asst-cremona.it)

# CORSO

## La presa in carico del paziente con BPCO



**1ª EDIZIONE 07/11/2018**

**2ª EDIZIONE 21/11/2018**

**Aula U.O.S.FORMAZIONE**

Padiglione n. 4  
Viale Concordia, 1  
**ASST CREMONA**

## Premessa

La presa in carico del paziente cronico fragile presuppone una forte integrazione fra ospedale e territorio così come esplicitato nella riforma del sistema sanitario lombardo nella legge 23/2015.

La BPCO è una patologia cronica ad alta prevalenza che impatta fortemente sulla qualità di vita dei pazienti.

La presa in carico di questi pazienti impone conoscenze specifiche sulla gestione della patologia, dei farmaci, sulle misure preventive e sull'educazione ai care giver.

## OBIETTIVI

Migliorare le conoscenze della patologia alla luce delle ultime linee guida (GOLD 2017).

Acquisire chiare indicazioni sulla gestione della terapia inalatoria e dell'ossigeno terapia.

Migliorare le conoscenze al fine di educare correttamente il paziente e il care giver in merito alla gestione della malattia e alle misure di prevenzione delle riacutizzazioni.

## PROGRAMMA

### 14.15

Registrazione partecipanti.

### 14.30

Presentazione del corso. **Giancarlo Bosio**

### 14.45

Inquadramento del paziente con BPCO (linee guida GOLD 2017). **Anna Torres**

### 15.30

PDTA del paziente con BPCO, terapia del paziente stabile e del paziente riacutizzato **Enrico Martinelli**

### 16.15

Prevenzione ed educazione alle riacutizzazioni, gestione ossigeno terapia e device ed addestramento al paziente e/o care giver. Educazione ai corretti stili di vita. **Giovanni Ardu**

### 17,15

Discussione Casi clinici.

**Anna Torres, Enrico Martinelli, Giovanni Ardu**

### 18.15 Conclusione

Compilazione questionario apprendimento e gradimento. **Giovanni Ardu**

Questionario customer satisfaction e chiusura corso

## SCHEDA ISCRIZIONE

### La presa in carico del paziente con BPCO

Cognome .....

Nome .....

Luogo di nascita .....

data di nascita .....

Codice Fiscale .....

Residente in .....CAP.....

Via/Piazza .....n.....

Email: .....

Tel. ....

Professione .....

Disciplina .....

Ente di appartenenza .....

Ruolo:

- Dipendente                       Libero Professionista  
 Convenzionato                       Privo di occupazione

Data.....Firma.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue integrazioni il sottoscritto autorizza il trasferimento dei propri dati personali al Ministero della Salute allo scopo di poter partecipare al Programma di Accreditamento ed Aggiornamento professionale previsto dalla legge. I dati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati