



## PROGRAMMA DEI LAVORI

### 09.00 Registrazione dei partecipanti

### 09.30 Presentazione convegno

**Prof. Marco Poloni**

*Primario USC Neurologia OORR di Bergamo*

## I SESSIONE

### 09.45 PATOGENESI DELLA MIASTENIA

**Dott. Renato Mantegazza**

*Direttore dell'Unità Operativa Neurologia IV Istituto Neurologico C. Besta Milano*

### 10.10 CLINICA DELLA MIASTENIA

**Dott.ssa Pia Bernasconi**

*Biologa dell'Unità Operativa Neurologia IV Istituto Neurologico C. Besta Milano*

### 10.35 TEST NEUROFISIOLOGICI SULLA MIASTENIA

**Dott. Massimo Viscardi**

*Medico c/o USC Neurofisiopatologia OORR di Bergamo*

### 10.50 TERAPIA

**Dott. Manlio Sgarzi**

*Neurologo Responsabile Ambulatorio per la diagnosi e cura della Miastenia Gravis c/o USC Neurologia OORR Bergamo*

### 11.15 AFERESI

**Dott.ssa Rossana Poma**

*Medico c/o Immunoematologia e medicina trasfusionale OORR di Bergamo*

### 11.30 TERAPIA CHIRURGICA

**Dott. Lorenzo Novellino**

*Direttore Unità di Chirurgia Generale c/o Azienda Ospedaliera Bolognini Seriate*

**Dott.ssa Luisella Spinelli**

*Chirurgo c/o Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate*

## 11.55 ANESTESIA

**Dott. Paolo Gritti**

*Anestesista c/o USC IV° Servizio di Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Neuroscienze*

## 12.15 COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

**Dott.ssa Silvia Bulla**

*Psicologa c/o UO Psicologia OORR di Bergamo*

## 12.30 DISCUSSIONE

## 13.00 Pausa pranzo

## II SESSIONE

### 14.30 PRESENTAZIONE AIM

**Sig.ra Giuseppina Demaria**

*Segretaria AIM Sezione di Bergamo*

### 14.50 ASPETTI RIABILITATIVI

**Dott. G.Pietro Salvi**

*Neurologo casa di cura Quarenghi San Pellegrino Terme*

### 15.10 ASPETTO PSICOLOGICO LAVORO IN EQUIPE

**Dott.ssa Silvia Bulla**

*Psicologa c/o UO Psicologia OORR di Bergamo*

### 15.30 GESTIONE INFERMIERISTICA

**Sig.ra Franca Gambirasio**

*Infermiera c/o USC Neurologia OORR Bergamo*

### 15.50 TESTIMONIANZA

**Sig.ra Redenta Cavallini**

*Paziente*

### 16.10 RISPOSTE DEGLI ESPERTI AI QUESITI DEI PARTECIPANTI

## 17.00 CONSEGNA ECM

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Vi preghiamo cortesemente di confermare la vostra partecipazione al Convegno inviando la presente scheda correttamente compilata in ogni sua parte.

Nome .....

Cognome.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo.....Cap.....Prov.....

E-mail.....

Tel.....

Professione.....

Disciplina.....

Struttura di riferimento.....

.....  
Legge Privacy

I suoi dati verranno raccolti e trattati nel rispetto della legge 675/98 per l'eventuale invio di materiale informativo, che Lei con la firma del presente modulo autorizza. Il conferimento dei dati è del tutto facoltativo e le mancate risposte non hanno conseguenze, ad eccezione dell'impossibilità di comunicare con Lei in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 13 di detta legge. Potrà gratuitamente consultare, modificare, far cancellare i suoi dati, od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento.

Data.....

Firma.....