

## Carta dei Diritti del Malato di Alzheimer

È stata approvata nel 1999 dalle Assemblee Generali di Alzheimer's Disease International (A.D.I.),

- il diritto del malato a un rispetto e a una dignità pari a quella di ogni altro cittadino;
- il diritto del malato a essere informato sulla sua malattia e sulla sua prevedibile evoluzione;
- il diritto del malato (o del rappresentante legale) a partecipare, per quanto possibile, alle decisioni riguardanti il tipo di cura e di assistenza presente e futura;
- il diritto del malato ad accedere a ogni servizio sanitario e/o assistenziale al pari di ogni altro cittadino;
- il diritto di disporre di servizi specializzati, che affrontino specificamente i problemi della demenza;
- il diritto del malato e di chi si prende cura di lui di scegliere fra le diverse opzioni di cura/assistenza che si prospettano;
- il diritto del malato, considerata la sua vulnerabilità, a una speciale tutela e garanzia contro gli abusi fisici e patrimoniali;
- il diritto, in assenza di rappresentanti legali, o nel caso in cui i potenziali rappresentanti legali rifiutassero la tutela, di avere per legge un tutore ufficiale scelto dal tribunale.

SEDE DEL CONVEGNO



### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

AIMA TIGULLIO  
Sig.ra Milvia Romiti  
Via Priv.ta C.so Lima 11/1-A - 16043 Chiavari  
Tel 0185 321096 – Cell. 335/7737683  
e-mail roremi@libero.it

### ASL4 CHIAVARESE

SETTORE AGGIORNAMENTO e FORMAZIONE  
Tel 0185 329312  
Fax 0185 319384  
e-mail formazione@asl4.liguria.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA:

Dott. Paolo Cavagnaro  
Dott.sa Simonetta Lucarini

In collaborazione con



# La cura del malato di Alzheimer alla fine della vita

**12 settembre 2009**

ore 8,30 – 14,30

## SALA CONVEGNI

CENTRO BENEDETTO ACQUARONE  
VIA SAN PIO X - CHIAVARI

**SONO STATI RICHIESTI I CREDITI ECM  
PER LE FIGURE DI MEDICI E INFERMIERI**

**LA PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO È  
GRATUITA E APERTA ALLA POPOLAZIONE**

## SCHEDA DI ADESIONE PER MEDICI (ECM X 40 MAX)

Da compilare in stampatello ed inviare,  
per posta, fax o e-mail alla SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**ENTRO E NON OLTRE IL 2/09/2009**

C.F. : \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

ISTITUTO/DIVISIONE/DIP.TO/U.O. \_\_\_\_\_

### INDIRIZZO OSPEDALE

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### O INDIRIZZO ABITAZIONE/STUDIO

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/96 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

## PROGRAMMA "LA CURA DEL MALATO DI ALZHEIMER ALLA FINE DELLA VITA"

- 8.30 Registrazione partecipanti
- 9.00 Saluto di benvenuto Pres. AIMA. Tigullio  
**Ing. Renzo Romiti**
- 9.10 Saluto autorità

### SESSIONE I :

#### "LE CURE PALLIATIVE NELLA DEMENZA : ASPETTI ETICI E CLINICI"

Moderatore: **Dott. Nicola Pizio**, *Primario Neurologia Asl4*

- 9.15 Lezione magistrale del **Dott D. Villani** - Direttore del Dipartimento Anziani della Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cremona), Consigliere AIMA Nazionale
- 10.45 Dibattito
- 11.15 Coffee Brunch

### SESSIONE II:

#### "PRENDERSI CURA DEL MALATO DI ALZHEIMER IN FASE AVANZATA"

Moderatore: **Dott. Paolo Cavagnaro**, *Direttore Generale ASL4*

- 11.45 La fase avanzata della malattia di Alzheimer  
(**Dott.sa R. Risso**)
- 12.05 Il ruolo del MMG ( **Dott. A. Zampogna**)
- 12.25 L'assistenza domiciliare (**Dott.ssa R. Pizzorno**)
- 12.45 L'invalidità civile (**Dott.ssa L. Giurgola**)
- 13.05 L'amministratore di sostegno (**Dott. M. Ferrari**)
- 13.25 L'assistenza sociale (**Dott.sa G. Diena**)
- 13.45 Discussione
- 14.30 Chiusura lavori

## SCHEDA DI ADESIONE PER INFERMIERI (ECM X 20 MAX)

Da compilare in stampatello ed inviare,  
per posta, fax o e-mail alla SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**ENTRO E NON OLTRE IL 2/09/2009**

C.F. : \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

ISTITUTO/DIVISIONE/DIP.TO/U.O. \_\_\_\_\_

### INDIRIZZO OSPEDALE

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### O INDIRIZZO ABITAZIONE/STUDIO

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/96 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.