

SEDE EVENTO
Centro Congressi
Auditorium IST NORD
Ospedale Policlinico San Martino
Largo Rosanna Benzi, 10
16132 Genova

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Carlo Enrico Traverso
Michele Iester

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Viale Giacomo Matteotti, 7
50121 Firenze
Tel. 055 50351 - Fax 055 5001912
genova2017@oic.it

**CORSO DI AGGIORNAMENTO
I PERCORSI DIAGNOSTICI
TERAPEUTICI
ASSISTENZIALI
IN OFTALMOLOGIA**

Presidente: Carlo Enrico Traverso

Direttore: Michele Iester

**Genova
8 novembre
2017**

UOC Clinica Oculistica
Ospedale Policlinico San Martino
Direttore
Prof. Carlo Enrico Traverso



Università degli Studi di Genova
Dipartimento di Neuroscienze,
Riabilitazione,
Oftalmologia, Genetica e
Scienze Materno Infantili-DiNOGMI
Scuola di Specializzazione
in Oftalmologia
Corso di Laurea in Ortottica
Assistenza Oftalmologica

Sede evento
Centro Congressi
Auditorium IST NORD
Ospedale Policlinico San Martino
Largo Rosanna Benzi, 10
16132 Genova



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA

PROGRAMMA PRELIMINARE

- 8.30 Registrazione
- 8.50 Introduzione Corso
Carlo Enrico Traverso, Michele Iester
- I SESSIONE**
Moderatori: **Fabio Giacomelli, Mario Polvicino**
- 9.00 Il paziente con metamorfopsie
Facilitatori: **Massimo Nicolò, Ettore Ferrari**
Relatore: **Alessia Morlacchi**
- 9.20 Il distacco di retina
Facilitatori: **Matteo Badino, Silvio Lai, Carlandrea Trillo, Benedetto Mochi**
Relatore: **Marco Di Maita**
- 9.40 Dolore con occhio rosso
Facilitatori: **Francesco Terragna, Pia Allegri**
Relatore: **Francesca Cappelli**
- 10.00 L'attacco acuto di glaucoma ad angolo chiuso
Facilitatori: **Alessandro Bagnis, Francesco Calcagno, Alessandro Masala**
Relatore: **Carlo Alberto Cutolo**
- 10.20 L'endoftealmite post-operatoria
Facilitatori: **Paolo Campagna, Tommaso Rossi**
Relatore: **Piero Della Giustina**
- 10.40 Il Paziente con diplopia
Facilitatori: **Carmen Burtolo, Aldo Vagge, Maria Musolino, Stefania Raspino**
Relatore: **Sara Olivari**
- 11.00 Discussione
- 11.10 Apertura dei lavori e saluti
Teresio Avitabile, Raffaele Nuzzi, Michele Iester, Carlo Enrico Traverso
- 11.40 Coffee Break

II SESSIONE

Moderatori: **Mauro Fioretto, Tommaso Rossi**

- 12.10 Calo di visus monolaterale transitorio
Facilitatori: **Michele Iester, Paolo Capris, Carlo Mosci**
Relatore: **Paola Cirafici**
- 12.30 Il paziente con ipertono cronico
Facilitatori: **Michele Iester, Paolo Lavezzari, Raffaele Nuzzi**
Relatore: **Letizia Negri**
- 12.50 Il paziente diabetico
Facilitatori: **Donatella Musetti, Felice Cardillo Piccolino, Michela Saccheggiani**
Relatore: **Valeria Testa**
- 13.10 Discussione
- 13.30 Light Lunch
- III SESSIONE**
Moderatori: **Claudia Castiglioni, Luigi Borgia, Teresio Avitabile**
- 14.30 Le occlusioni vascolari retiniche
Facilitatori: **Annalisa Costa, Mario Facino**
Relatore: **Maria Marengo**
- 14.50 Lesioni corneali
Facilitatori: **Davide Venzano, Angelo Macrì, Raffaella Lotti**
Relatore: **Sara Olivari**
- 15.10 Iprovvisone e riabilitazione
Facilitatori: **Aldo Vagge, Nikolas Koukas, Elisabetta Capris, Claudio Cassinelli, Cristina Guidi**
Relatore: **Francesca Cappelli**
- 15.30 La cataratta
Facilitatori: **Francesco Molfino, Ugo Murialdo**
Relatore: **Valeria Testa**
- 15.50 Trauma contusivo
Facilitatori: **Alessandra Zambelli, Nikolas Koukas, Francesco Bernardini**
Relatore: **Paolo Corazza**
- 16.10 Cheratocono
Facilitatori: **Chiara Bonzano, Stefano Barabino, Riccardo Scotto**
Relatore: **Chiara Ancona**
- 16.30 Discussione
- 17.00 Conclusioni
18.00 **Carlo Enrico Traverso, Michele Iester**

Compilazione del Questionario ECM

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

CORSO DI AGGIORNAMENTO I PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI IN OFTALMOLOGIA

Genova, 8 Novembre 2017

La scheda di iscrizione dovrà pervenire
entro e non oltre il 27 ottobre 2017
via fax al numero 055 5528421
oppure via e-mail a genova2017@oic.it

L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria e da ritenersi valida solo dopo aver ricevuto e-mail di conferma da parte del Provider

Nome _____

Cognome _____

Qualifica professionale _____

Sede di lavoro _____

Specializzazione _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell _____ Fax _____

E-mail _____

Autorizzo il trattamento dei dati sopra riportati ai sensi della legge 196/03. I dati suddetti non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

