

COME RAGGIUNGERE LA SEDE

In auto:

Autostrada A14 direzione Ancona-Bologna:

Uscita Bologna-San Lazzaro immettersi nella tangenziale, prendere uscita 11 San Vitale/S. Orsola e seguire direzione centro/Ospedale S. Orsola.

Proseguire dritto per 2 Km circa.
La Clinica si trova sulla sinistra.

Autostrada da Nord:

Uscita A14 Bologna-San Lazzaro, immettersi nella tangenziale, prendere uscita 11 San Vitale/S. Orsola che immette direttamente su Via Massarenti.

Proseguire dritto per circa 2 Km.
La Clinica si trova sulla sinistra.

In treno:

Stazione FFSS Bologna Centrale.

Dalla stazione centrale autobus n. 14, 36, 37 fermata Ospedale Malpigli.

In aereo:

Aeroporto "G. Marconi" di Bologna.

Servizio bus navetta "Aerobus" che porta fino a stazione ferroviaria Bologna Centrale.

Da qui bus n. 14, 36, 37, fermata Ospedale Malpigli.

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL WORKSHOP

"Aula Magna"

U.O. Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Padiglione 4
Via G. Massarenti 13 - 40138 Bologna

QUOTA E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

L'iscrizione al Workshop ha un costo di Euro 150,00 (comprensivo 20% IVA) ed include:

- ◆ Partecipazione ai lavori scientifici
- ◆ Cartellina congressuale
- ◆ Attestato di partecipazione
- ◆ Light lunch

L'iscrizione potrà essere effettuata inviando alla Segreteria Organizzativa l'apposita "Scheda di Iscrizione" debitamente compilata in ogni sua parte, unitamente alla copia del pagamento della quota.

PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Per prenotazioni alberghiere presso strutture convenzionate vicino la sede congressuale è possibile contattare la Segreteria Organizzativa.

VARIAZIONI

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa si riservano il diritto di apportare al programma tutte le variazioni che si rendessero necessarie per ragioni scientifiche e/o tecniche.

Con il Patrocinio
A.I.U.G.

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Bologna

Università di Bologna

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

H.T. Congressi srl

Via Benedetto Marcello 1- 40141 Bologna

Tel. 051 48 08 26 Fax 051 48 05 82

E-mail: fabiola@htcongressi.it www.htcongressi.it

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA



Associazione Italiana di Urologia
Ginecologica e del Pavimento Pelvico



Dipartimento Salute della Donna, del Bambino e dell'Adolescente
U.O. Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana
Direttore: Prof. Stefano Venturoli

Policlinico S. Orsola-Malpighi
Bologna, Venerdì 4 Dicembre 2009

WORKSHOP

**Chirurgia Vaginale
del Prolasso Genitale
e della Incontinenza Urinaria Femminile**

Responsabile Scientifico: Prof. Paolo Busacchi

PROGRAMMA

Programma

Informazioni Scientifiche

07.50 **REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI**

08.00 **SALUTO DI APERTURA**

Prof. S. Venturoli, Prof. P. Busacchi

08.15 **LIVE SURGERY**

Provoker: D. Grassi

- ◆ **Colpoisterectomia con ricostruzione fasciale del colpocele anteriore, centrale e posteriore**

M. Maffiolini

- ◆ **Ricostruzione protesica del colpocele anteriore e/o posteriore con conservazione dell'utero**

P. Busacchi

- ◆ **T.O.T. per I.U.S.**

P. Busacchi

- ◆ **NEEDLELESS System per I.U.S.**

L. Spreafico

13.30 **BREAK**

14.00 **ATTIVITÀ DIDATTICA**

- ◆ **Anatomia chirurgica del prolasso genitale**

M. Maffiolini

- ◆ **Anatomia funzionale del pavimento pelvico**

D. Grassi

- ◆ **L'urodinamica oggi: valore, limiti ed indicazione nella diagnostica preoperatoria**

G. Martorana, C. Ferri

- ◆ **Indagine strumentale nel colpocele posteriore: significato ed indicazioni**

R. Golfieri, F. Busato

- ◆ **Terapia chirurgica del colpocele posteriore con defecazione ostruita**

B. Cola

- ◆ **Attività ambulatoriale uro-ginecologica: finalità e criticità**

P. Busacchi

17.30 **Tavola Rotonda: Discussione dei casi clinici operati**

P. Busacchi, B. Cola, C. Ferri, D. Grassi, M. Maffiolini, G. Martorana, L. Spreafico

18.00 **VERIFICA CON QUESTIONARIO E.C.M. E CHIUSURA DEL WORKSHOP**

E.C.M. - Educazione Continua in Medicina

E' stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di accreditamento dell'evento per Medici Chirurghi e Infermieri Professionali nell'ambito del Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.).

L'ottenimento dei Crediti Formativi è subordinato alla partecipazione per l'intera durata del Workshop ed alla corretta compilazione del questionario di apprendimento.

DOCENTI

Prof. Paolo Busacchi (*Bologna*)

Dott. Fiorenza Busato (*Bologna*)

Prof. Bruno Cola (*Bologna*)

Dott. Claudio Ferri (*Bologna*)

Dott. Rita Golfieri (*Bologna*)

Dott. Daniele Grassi (*Modena*)

Dott. Marco Maffiolini (*Mantova*)

Prof. Giuseppe Martorana (*Bologna*)

Dott. Lorenzo Spreafico (*Montecchio Emilia - RE*)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Paolo Busacchi

Dipartimento Salute della Donna, del Bambino e dell'Adolescente
U.O. Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Tel. 051-63 64 385

E-mail: paolo.busacchi@unibo.it

WORKSHOP Chirurgia Vaginale del Prolasso Genitale e della Incontinenza Urinaria Femminile

Policlinico S. Orsola-Malpighi

Bologna, Venerdì 4 Dicembre 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare debitamente compilata a: **H.T. Congressi srl**

Via Benedetto Marcello 1 - 40141 Bologna

Tel 051-48 08 26 Fax 051-48 05 82 E-mail: fabiola@htcongressi.it

Nome _____

Cognome _____

Istituto _____

Indirizzo Istituto _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Fax _____

Cell _____

E-mail _____

QUOTA DI ISCRIZIONE € 150,00 (20% IVA inclusa)

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestare fattura a _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cod. Fiscale (**obbligatorio**) _____

Partita IVA _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario intestato a: **H.T. Congressi srl c/c 127/00**

Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia - Ag. Lame Bologna

IBAN IT38C0626 00240 000000127C00

Causale: Nome e Cognome dell'iscritto e "Convegno Lgbis"

Si prega di inviare fotocopia della ricevuta del pagamento effettuato unitamente alla presente scheda

Carta di Credito VISA MASTERCARD CARTA SI'

Titolare _____

Numero Carta _____

Scadenza _____ Cod. sicurezza (**obbligatorio**) _____

Non autorizzo il trattamento e la diffusione dei dati sopra indicati secondo la legge 675/96 sulla privacy

Data _____ Firma _____