

# INFORMAZIONI GENERALI

## Responsabile Scientifico

**Domenico Girelli**

Medicina Generale a indirizzo Immuno-Ematologico e Emocoagulativo  
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

## Provider ECM - ID Numero 979 e Segreteria Organizzativa

**COGEST M. & C. Srl**

Vicolo San Silvestro, 6 - 37122 VERONA

Tel. 045 597940 - Fax 045 597265

E-mail: [cogest@cogest.info](mailto:cogest@cogest.info) - [www.cogest.info](http://www.cogest.info)

## Sede del Meeting

**Aula Magna "G. De Sandre"**

**Policlinico G. B. Rossi**

Piazzale Scuro, 10 - 37134 Verona

## Come raggiungere la sede del Meeting

Il Policlinico è situato a circa 4 km dalla stazione ferroviaria di Verona Porta Nuova (bus n° 21, 22, 62, 70, 72 - Fermata P.le Scuro) e a circa 2 km dal casello autostradale di Verona Sud. Seguire le indicazioni per "Policlinico Borgo Roma".

## Modalità di iscrizione

L'iscrizione è gratuita e limitata ai primi **100 richiedenti**. Per esigenze organizzative la scheda di iscrizione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa COGEST M. & C (via email: [cogest@cogest.info](mailto:cogest@cogest.info) o via fax al numero 045 597265) entro il **30 Aprile 2015**; al ricevimento della scheda di iscrizione verrà inviato un messaggio di conferma.

È possibile effettuare l'iscrizione on-line collegandosi al sito [www.cogest.info](http://www.cogest.info). È sufficiente cliccare sulla sezione "Agenda congressi - Iscrizioni on-line" e, dopo aver scelto l'evento di interesse, registrarsi cliccando il pulsante "Iscrizioni on-line". Nel caso subentrassero impedimenti alla partecipazione al Meeting si prega di darne tempestiva comunicazione alla Segreteria Organizzativa.

## ECM

Al Meeting sono stati attribuiti **n. 4 Crediti Formativi ECM** per **Medico Chirurgo** (*discipline*: Angiologia, Anestesia e Rianimazione, Biochimica Clinica, Ematologia, Malattie Infettive, Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Medicina Interna, Medicina Trasmuscolare, Nefrologia, Reumatologia).

Secondo quanto previsto dal Regolamento Age.Na.S., per l'attribuzione dei crediti formativi è richiesta la presenza in aula per l'intera durata del programma accreditato (100%); è necessario aver superato il questionario di apprendimento con almeno il 75% di risposte corrette ed aver compilato la modulistica relativa alla qualità percepita.

**Obiettivo formativo tecnico-professionale n° 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare.**

**Modalità di verifica della presenza, della qualità percepita e dell'apprendimento**

- Firma di presenza
- Questionario per la rilevazione della qualità percepita
- Test composto da 3 domande per ogni credito attribuito con risposta a scelta multipla

## PATROCINI RICHIESTI

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona

Università degli Studi di Verona



AZIENDA OSPEDALIERA  
UNIVERSITARIA INTEGRATA  
VERONA



Dipartimento di Medicina, Sezione di Medicina Interna B - Università di Verona

Dipartimento Medico Generale, U.O.C. Medicina Generale  
a indirizzo Immuno-Ematologico e Emocoagulativo - AOUI Verona

MEETING MULTIDISCIPLINARE VERONA

**EMERGENZE IN MEDICINA:  
LE MICROANGIOPATIE  
TROMBOTICHE,  
RICONOSCIMENTO  
E TRATTAMENTO**

Verona, 15 Maggio 2015

Aula Magna "G. De Sandre"  
Policlinico G. B. Rossi

# PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 12.30 Registrazione dei partecipanti  
e brunch di benvenuto
- 13.00 Saluti delle Autorità  
*C. Bovo, G. C. Guidi*
- 13.15 Presentazione degli obiettivi del corso  
*D. Girelli*

## I SESSIONE INQUADRAMENTO CLINICO DELLE MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE

Moderatori: A. Lupo, O. Olivieri

- 13.20 **Fisiopatologia delle microangiopatie trombotiche:  
similitudini e differenze**  
*F. Fabris*
- 13.50 **Approccio clinico alle microangiopatie trombotiche:  
quando pensarci**  
*N. Martinelli*
- 14.20 Discussione generale

## II SESSIONE GESTIONE CLINICA DELLE MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE

Moderatori: A. Ambrosetti, L. Gottin

- 14.40 **Il ruolo del laboratorio nella diagnosi delle  
microangiopatie trombotiche**  
*G. Poli*
- 15.00 **Il ruolo del Trasfusionista nelle  
microangiopatie trombotiche**  
*M. Cantini*
- 15.20 **Gestione clinica della TTP "classica"**  
*A. Andreini*
- 15.40 **Gestione clinica della SEU tipica e atipica**  
*C. Gangemi*
- 16.00 Discussione generale
- 16.30 *Coffee break*

## III SESSIONE CASI CLINICI

Moderatori: C. Pistorelli, G. Ricci

- 17.00 **CASO CLINICO**  
**Porpora Trombotica Trombocitopenia**  
*F. Tosi*
- 17.20 **CASO CLINICO**  
**Sindrome Emolitico-Uremica atipica**  
*L. Bragantini*
- 17.40 **CASO CLINICO**  
**Preclampsia severa ed HELLP Syndrome**  
*F. Gotsch*
- 18.00 **Proposta per un percorso diagnostico  
condiviso e conclusioni**  
*D. Girelli*
- 18.20 Discussione generale
- 18.30 Consegna e compilazione modulistica ECM

## RELATORI E MODERATORI

- Achille **Ambrosetti**, Ematologia Verona  
Angelo **Andreini**, Ematologia Verona  
Luisa **Bragantini**, Nefrologia Vicenza  
Maurizio **Cantini**, Servizio Trasfusionale Verona  
Fabrizio **Fabris**, Medicina Interna, Padova  
Concetta **Gangemi**, Nefrologia Verona  
Domenico **Girelli**, Medicina Interna Verona  
Francesca **Gotsch**, Ginecologia-Ostetricia Verona  
Leonardo **Gottin**, Anestesia e Rianimazione Verona  
Antonio **Lupo**, Nefrologia Verona  
Nicola **Martinelli**, Medicina Interna Verona  
Oliviero **Olivieri**, Medicina Interna Verona  
Claudio **Pistorelli**, Pronto Soccorso Verona  
Giovanni **Poli**, Laboratorio Analisi Verona  
Giorgio **Ricci**, Pronto Soccorso Verona  
Federica **Tosi**, Medicina Interna Verona

MEETING MULTIDISCIPLINARE VERONA

## EMERGENZE IN MEDICINA: LE MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE, RICONOSCIMENTO E TRATTAMENTO

Verona, 15 Maggio 2015

Aula Magna "G. De Sandre"  
Policlinico G. B. Rossi

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello  
e di inviare entro il **30 Aprile 2015** a  
COGEST M. & C. - Fax: 045 597265 - e-mail: cogest@cogest.info

Professione \_\_\_\_\_  
Disciplina \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_  
Reparto/Div \_\_\_\_\_  
N° Iscrizione Ordine/Collegio/Associazione \_\_\_\_\_  
Ospedale/Università \_\_\_\_\_

## Recapito per corrispondenza

Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Ai fini ECM:  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. **NB: In assenza di tale autorizzazione non potremo effettuare l'iscrizione al Meeting.**

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

Autorizzo il trattamento dei miei dati anagrafici per l'invio di materiale informativo sugli eventi formativi ECM e congressuali organizzati da Cogest M. & C. Cogest M. & C. dichiara che i dati non verranno trasmessi a terzi.

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

**Informativa ai sensi dell' Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).** I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Meeting per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e, in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente agli Enti preposti per l'espletamento della pratica ECM. Non verranno comunicati ad alcuna società commerciale. Titolare e Responsabile del trattamento è Cogest M. & C. srl, Vicolo San Silvestro, 6 - 37122 Verona.