

INFORMAZIONI GENERALI

Sede

"Sala Rossa" Castello - Barletta

Iscrizione

L'iscrizione è obbligatoria e dà diritto a: partecipazione alle sessioni scientifiche, kit congressuale, attestato di partecipazione, coffee break e lunch buffet. La domanda di adesione dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa via fax al n. 080.2140203 o via mail all'indirizzo info@meeting-planner.it. Domande inoltrate sotto altra forma o incomplete non potranno essere accettate. Sarà obbligo del discente verificare la disponibilità dei posti e l'avvenuta iscrizione.

ECM (codice evento n.1 12534)

Il Provider ha assegnato n.7 crediti formativi. L'evento è rivolto a 100 tra medici chirurghi e infermieri. Specializzazioni mediche accreditate: urologia e medicina generale (medici di famiglia). Si rende noto che ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è obbligatorio: aver preso parte all'intero evento formativo (100% dell'attività formativa); aver compilato la documentazione in ogni sua parte; aver superato il questionario di valutazione ECM (score di superamento 75%). Il Provider è autorizzato a verificare l'effettiva partecipazione tramite firme di presenza. Il partecipante è tenuto inoltre a rispettare l'obbligo di reclutamento diretto fino ad un massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento (2014-2016).

Obiettivo formativo di processo

Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera (9)

Segreteria Scientifica

Dott. Antonio Corvasce

UOC di Urologia - Ospedale di Andria
ASL BAT

Segreteria Organizzativa e Provider



MEETING PLANNER

Provider ECM Nazionale Accreditato n. 2516

Via Alberotanza, 5 - 70125 BARI

TEL. 080.9905360 - FAX 080.9905359 - 080.2140203

E-mail: info@meeting-planner.it - www.meeting-planner.it



Asbat
BARLETTA-ANDRIA-TRIANI



ASL BAT - U.O.C. di Urologia

VI Meeting provinciale

SESSO E PROSTATA: PATOLOGIE PROSTATICHE ED IMPLICAZIONI SESSUALI

Presidente Onorario

Prof. Arcangelo Pagliarulo

Presidente del Convegno

Dr. Antonio Corvasce



Barletta, 21 febbraio 2015

"Sala Rossa" Castello

PROGRAMMA

Ore 08.30 Registrazione dei partecipanti

08.45 Introduzione ai lavori e saluti

Benedetto Delvecchio

Presidente O.M.C.E.O. BAT

Ottavio Narracci

Direttore Generale ASL BAT

Pasquale Martino

Delegato Regionale SIU Sezione Puglia

09.00 Presentazione degli obiettivi formativi

Antonio Corvasce (Andria)

I SESSIONE

Moderatori: **Arcangelo Pagliarulo (Bari)**
Ettore Cirillo Marucco (Andria)

09.10 Anatomia e fisiopatologia della prostata
Giuseppe Albino (Andria)

09.30 Le prostatiti: sono realmente così frequenti?
Angelo Guarriello (Andria)

09.50 Classificazione dei disturbi
dell'eiaculazione: dall'eiaculazione precoce
alla anorgasmia
Sebastiano Di Lena (Castellaneta)

10.10 Terapia dei disturbi dell'eiaculazione
Pasquale Annesse (Foggia)

10.30 Discussione

11.00 *Coffee break*

11.30 Lo spermogramma normale
Lorenzo Larocca (Martina Franca)

11.50 Prostata ed infertilità: variazioni dei
parametri seminali
Angela Vita (Potenza)

12.10 Terapia delle oligostenospermie
Alessandro Palmieri (Napoli)

12.30 Discussione

13.00 *Lunch break*

II SESSIONE

Moderatori: **Antonio Corvasce (Andria)**
Sabino Chincoli (Andria)

14.00 *Lettura magistrale*
"Sesso e prostata: influenza delle comorbidità"
Arcangelo Pagliarulo (Bari)

14.30 Iperplasia prostatica, LUTS e deficit erettile
Giuseppe Carrieri (Foggia)

14.50 Carcinoma prostatico ed implicazioni
sessuali: terapia conservativa v/s terapia
chirurgica radicale
Giuseppe Ludovico (Acquaviva delle Fonti)

15.10 Prostatectomia radicale transperineale
Antonio Vitarelli (Bari)

15.30 Gli afrodisiaci: miti e realtà
Antonio Corvasce (Andria)

15.50 Discussione

16.20 Chiusura dei lavori e consegna del
questionario di valutazione ECM

VI Meeting provinciale
**SESSO E PROSTATA:
PATOLOGIE PROSTATICHE
ED IMPLICAZIONI SESSUALI**
Barletta, 21 febbraio 2015

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

MEETING PLANNER SRL

Via Alberotanza, 5 - 70125 BARI - Fax 080.2140203

E-Mail: info@meeting-planner.it

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA _____

- Convenzionato Dipendente
 Libero Professionista Privo di occupazione

MEDICO CHIRURGO specialista in:

- Urologia
 Medicina Generale
 INFERMIERE

ENTE DI APPARTENENZA _____

INDIRIZZO AB. _____

CITTÀ _____

C.A.P. _____

TEL. _____

CELL. _____

E-MAIL _____

- dichiaro di essere dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all' ente di appartenenza e di aver richiesto ed ottenuto l'autorizzazione a partecipare all'evento
- dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e/o di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all' Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____