

# Faculty

**Responsabile Scientifico**

**E. SILVESTRI**

*Direttore*

*S.C. Diagnostica per Immagini OEI*

**T. LUMINATI**

*Responsabile f.f.*

*Settore Gestione, Organizzazione  
e Sviluppo delle Professioni Sanitarie  
e Coordinatore TSRM OEI*

**A. MUDA**

*Dirigente Medico*

*U.O. Radiologia*

*IRCCS A.O.U. San Martino IST*

**D. ORLANDI**

*Medico Radiologo*

**E. TAGLIAFICO**

*Coordinatore TSRM*

*S.C. Diagnostica per Immagini OEI*

*Sede di Castelletto*



Ospedale Evangelico Internazionale

Ente Ecclesiastico Civilmente Riconosciuto  
Sede Legale: Sal. Sup. S. Rocchino, 31a - 16122 Genova  
Presidio Ospedaliero di Genova Voltri  
Piazza Gianasso, 4 - 16158 - Genova



**Corso pratico di ecografia  
addominale e muscoloscheletrica  
mediante simulatore ecografico**

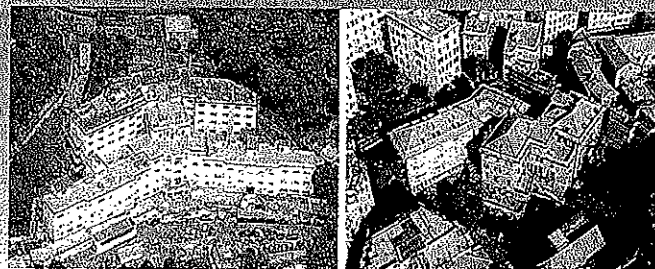
Segreteria Organizzativa e Provider ECM  
Ospedale Evangelico Internazionale  
STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE  
Ufficio Formazione e Aggiornamento

**Corso pratico di ecografia  
addominale e muscoloscheletrica  
mediante simulatore ecografico**



**Sede dell'Evento**

Aula Multimediale  
Ospedale Evangelico Internazionale  
Sede legale di Castelletto  
Sal. Sup. S. Rocchino, 31/a  
16122 GENOVA



**30 maggio 2015**

## Programma

8.30 - 9.00

*Registrazione dei partecipanti*

9.00 - 9.45

*L'ecografo*

*Uso dei traduttori e settaggio apparecchiatura  
MUDA*

9.45 - 10.30

*La tecnica di scansione*

*I piani di scansione fondamentali*

*Anatomia ecografica addominale*

*Prove pratiche su manichino*

*MUDA*

10.30 - 10.45 *Break*

10.45 - 11.30

*Esame "fast"*

*Prove pratiche su manichino con simulazione di patologia*

*ORLANDI*

*LUMINATI*

*TAGLIAFICO*

11.30 - 12.15

*Lesioni tendinee acute*

*Tendinite calcifica*

*Rottura del tendine di Achille*

*SILVESTRI*

*ORLANDI*

12.15 - 12.45

*Dibattito*

*SILVESTRI*

12.45 - 13.30

*Verifica del livello di apprendimento con prova pratica*

## Razionale

Mediante l'utilizzo di appositi simulatori ecografici capaci di riprodurre le principali patologie nei diversi distretti corporei anche in situazioni di emergenza, il corso in esame si propone di migliorare l'appropriatezza della richiesta di ricoveri in Pronto Soccorso e/o favorire l'identificazione precoce dei cosiddetti incidentalomi ossia malattie in fase precoce, asintomatiche, curabili (fra queste i tumori renali e gli aneurismi dell'aorta addominale) anche al fine di consentire ai Medici di Medicina Generale liguri di utilizzare ecografi nel loro ambulatorio oppure al letto del paziente come già accade in altre Regioni.

## Crediti formativi ECM

L'evento attribuisce i crediti formativi alle seguenti figure professionali:

Medici;

Medici di Medicina Generale.

## Iscrizioni

La partecipazione all'evento è gratuita ed include: materiale didattico ed attestato ECM.

Si prega di inoltrare l'allegata scheda di adesione alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il 15 maggio p.v..

Si segnala la disponibilità di max n. 10 posti; le iscrizioni verranno convalidate in base all'ordine cronologico di ricezione.

## Corso pratico di ecografia addominale e muscoloscheletrica mediante simulatori ecografici

### Scheda di Iscrizione

Compilare e inviare a

Ospedale Evangelico Internazionale  
STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Ufficio Formazione e Aggiornamento

Salita Superiore San Rocchino, 31/a - 16122 - Genova

Fax: 010/5522.367

E-mail: [formazione@oeige.org](mailto:formazione@oeige.org)

COGNOME: .....

NOME: .....

PROFESSIONE: .....

DISCIPLINA (solo per i medici): .....

CODICE FISCALE: .....

DATA DI NASCITA: .....

LUOGO DI NASCITA: .....

INDIRIZZO: .....

CITTA': ..... PROV. ....

TEL: .....

EMAIL: .....

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, le Informazioni fornite dalla S.V. verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (informazioni, logistica, formazione elenchi, accreditamento ECM). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future.

Il/la sottoscritto/a .....  
dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui sopra, e ai sensi del disposto del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., autorizza il trattamento dei propri dati per gli scopi inerenti all'attività illustrata. Dichiaro, inoltre, che in ottemperanza all'art. 7 del suddetto Decreto, potrà esercitare in qualsiasi momento il diritto di accesso ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

FIRMA: .....