

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Per l'iscrizione utilizzare la scheda allegata da inviare alla Segreteria Organizzativa.

## OBIETTIVI FORMATIVI DEL CORSO

- fornire un approccio integrato multidisciplinare alla diagnosi ed alla terapia della patologia nodulare e del carcinoma della tiroide;
- addestrare all'esecuzione di tecniche diagnostiche per la patologia nodulare della tiroide;
- fornire elementi di anatomia e tecnica chirurgica: indicazioni, limiti e complicanze della chirurgia tiroidea;
- discutere in modo interattivo casi clinici orientati al problem solving ed alla ottimizzazione delle risorse;
- rivedere criticamente le linee guida presenti in letteratura e la loro coerenza con la pratica clinica.

## STRUTTURA DEL CORSO

Il corso comprende 25 ore di didattica interattiva e 15 ore di attività pratica ed è riservato a 10 specialisti endocrinologi.

**Costo di iscrizione:**  
1.000 €

**E' previsto l'accreditamento ECM.**

**Patrocinio:**  
Associazione Italiana della Tiroide (AIT);  
Associazione Medici Endocrinologi (AME).

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**Dr.ssa Benedetta Ricci**  
Struttura Complessa di Endocrinologia  
Arcispedale Santa Maria Nuova  
Viale Risorgimento, 80 - RE  
Tel. 0522 295175  
Fax 0522 295829  
E-mail: [Benedetta.ricci@asmn.re.it](mailto:Benedetta.ricci@asmn.re.it)

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

**Dr. Andrea Frasoldati**  
E-mail: [andrea.frasoldati@asmn.re.it](mailto:andrea.frasoldati@asmn.re.it)



## Corso Postspecialistico

# GESTIONE DELLA PATOLOGIA NODULARE E DEL CARCINOMA DELLA TIROIDE

**19 - 23 Settembre 2011**



**Struttura Complessa di  
Endocrinologia  
Direttore Dr Roberto Valcavi**

**Arcispedale Santa Maria Nuova  
Viale Risorgimento, 80  
Reggio Emilia**

# P R O G R A M M A

## LUNEDÌ 19

9.00 - 13.00  
ATTIVITÀ PRATICA

**INTRODUZIONE AL CORSO  
ESAME ECOGRAFICO DELLA  
REGIONE CERVICALE: TECNICA,  
LIMITI E FINALITÀ DIAGNOSTICA**

ESERCITAZIONI PRATICHE

**ECOGRAFIA TIROIDEA;  
AGOASPIRATO TIROIDEO**

15.00 - 17.30  
DIDATTICA INTERATTIVA  
**L'ESAME CITOLOGICO TIROIDEO;  
LA PATOLOGIA NODULARE  
TIROIDEA: LE LINEE GUIDA PER LA  
DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO;  
IPERTIROIDISMO: PUNTI CONTROVERSI**

## MARTEDÌ 20

8.30 - 13.30  
ATTIVITÀ PRATICA

**INTERVENTI CHIRURGICI  
SULLA TIROIDE**

**AGOASPIRATO TIROIDEO  
ECO GUIDATO**

14.30 - 18.00  
DIDATTICA INTERATTIVA

**IL TRATTAMENTO CHIRURGICO;  
IL TRATTAMENTO CON <sup>131</sup>I:  
INDICAZIONI E MODALITÀ;  
STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA  
FOLLOW-UP;  
RUOLO DELLA TC-PET;  
CHIRURGIA DELLE SECONDARIETÀ'  
POLMONARI E MEDIASTINICHE**

## MERCOLEDÌ 21

8.30 - 13.00  
ATTIVITÀ PRATICA

**ESERCITAZIONE PRATICA;  
ECOGRAFIA TIROIDEA  
AGOASPIRATI TIROIDEI;  
ALCOLIZZAZIONE (PEI)**

14.30 - 18.30  
DIDATTICA INTERATTIVA

**DISCUSSIONE COLLEGIALE  
MULTISPECIALISTICA DI  
CASI CLINICI**

## GIOVEDÌ 22

8.30 - 13.00  
ATTIVITÀ PRATICA

**INTERVENTI CHIRURGICI  
SULLA TIROIDE**

**TERMOABLAZIONE LASER  
PERCUTANEA**

14.30 - 18.00  
ATTIVITÀ PRATICA

**ECOGRAFIA TIROIDEA**

## VENERDÌ 23

8.30 - 13.00  
ATTIVITÀ PRATICA

**ECOGRAFIA TIROIDEA**

*TEST DI VERIFICA E  
CHIUSURA DEL CORSO*

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa per posta, oppure via fax al n. 0522-295829, oppure per posta elettronica a [ricci.benedetta@asmn.re.it](mailto:ricci.benedetta@asmn.re.it)

### Corso di Formazione Postspecialistico - Gestione della Patologia Nodulare e del Carcinoma della Tiroide

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Azienda/Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Qualifica (barrare o sottolineare la voce appropriata e completare)

- ☐ ospedaliero      ☐ universitario  
☐ specialista ambulatoriale      ☐ libero professionista

Specializzazione/i \_\_\_\_\_

Esperienza in ecografia tiroidea (barrare o sottolineare la voce appropriata):

- ☐ non ho mai eseguito ecografia      ☐ eseguo ecografia ma non tiroidea  
☐ eseguo ecografia tiroidea occasionalmente      ☐ eseguo ecografia tiroidea abitualmente

Ente o persona fisica a cui intestare la fattura \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_