



## **“TUMORE DELLA PROSTATA: Prevenzione, Diagnosi, Terapia, Qualità di vita”**

**A.O. OSPEDALE SAN CARLO BORROMEO**  
*Sabato 2 aprile 2005*

8.00: - Registrazione dei partecipanti

8.15: - Saluto da parte delle Autorità (Direttore Generale e Direttore Sanitario) e  
Presentazione del Convegno (Prof. P. Tombolini, Dott D. Venanzio)

### **8.30: I SESSIONE: Prevenzione**

8.30 – *G. Dormia*: Epidemiologica del Ca prostatico negli anni 2000.

8.50 - *E. Schiaffino*: Storia naturale della neoplasia prostatica.

9.10 - *M. Ruoppolo*: Prevenzione primaria e fattori di rischio del cancro prostatico.

9.30 Discussione.

### **9.50: II SESSIONE: Diagnosi**

9.50 - *M. Maggioni*: Ruolo del PSA.

10.10 – *G. Longo*: Strategia investigativa tradizionale.

10.30 - *F. Rovera*: Diagnostica complementare: Il Trimprob.

10.50 Discussione.

11.10 Coffee break.

### **11.30 III SESSIONE: Terapia**

11.30 - *P. Tombolini*: Indicazioni e risultati della prostatectomia radicale.

11.50 - *F. Volterrani*: Ruolo della radioterapia.

12.10 - *S. Minervini*: Il trattamento ormonale.

12.30 - *C. Locatelli*: Possibilità chemioterapiche nella ormonoresistenza.

12.50 Discussione.

13.10 Pranzo.

### **14.00 IV SESSIONE: Qualità di vita**

14.00 - *E. Patelli*: Riabilitazione sessuale farmacologia.

14.20 - *R. Castellani*: Bilancio psicosessuologico e prospettive terapeutiche.

14.40 - *M. Ruoppolo*: Riabilitazione perineale.

15.00 - *M. Lanzoni*: Il punto di vista del medico di base.

15.20 - Discussione.

15.40 - *P. Tombolini*: Conclusioni.

**ACCREDITAMENTO ECM**

***Partecipazione Gratuita***

## Scheda di iscrizione



“ Tumore della Prostata:  
prevenzione, diagnosi, terapia, qualità di vita”

Sabato 2 aprile 2005  
Aula Magna – A.O. Ospedale San Carlo Borromeo , Milano

Si prega di compilare e inviare via fax al n. 02.48100813 entro il 30 marzo 2005

### Dati per l'iscrizione

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

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

Cell \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Qualifica Professionale \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_

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

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

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 196/03 concernente “La tutela delle persone e di altri oggetti rispetto al trattamento dei dati personali” esprimo il mio consenso ed autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'iscrizione al Corso.

Firma dell'interessato/a