



Informazioni generali

Sede

Collegio Cairoli
Piazza Cairoli 1 – 27100 Pavia
Parcheggio antistante la sede, a pagamento.

Per maggiori informazioni su come raggiungere la sede e dove pernottare, consultare il sito www.pragmacongressi.it (pagina Corso SIBO)

Cena sociale:

è prevista una cena per tutti i partecipanti la sera del **25/05** presso il **Collegio Cairoli**

Accreditamento ECM

È in corso l'accreditamento ECM per n° 100 partecipanti.

Professioni accreditate: Medici, Biologi, Tecnici Sanitari, Infermieri e Ortottisti.

Obiettivo formativo:

contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica malattie rare.

Iscrizione

Il corso è gratuito per i SOCI SIBO. Per i non soci il costo è di € 30.

L'iscrizione è obbligatoria e da effettuarsi ON LINE sul sito www.pragmacongressi.it (pagina Corso SIBO)

Segreteria Scientifica



Provider e Segreteria Organizzativa

Pragma Congressi srl
Provider Standard n. 918

Corso Mazzini 14
27100 Pavia

Tel. 0382 309579
Cell. 375 5385993
marta.daffara@pragmacongressi.it
www.pragmacongressi.it



Patrocini richiesti

Università degli Studi di Pavia
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
SITRAC
CNT

Con il contributo non condizionante di

Si ringrazia il Collegio Cairoli



XII CORSO NAZIONALE

26
MAGGIO
2018

PAVIA

Presidente del Corso
Prof. Paolo Emilio Bianchi
 Direttore Clinica Oculistica
 Università di Pavia - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Responsabile Scientifico
Dr. Roberto Ceccuzzi
 Responsabile Banca degli Occhi di Pavia "F. Trimarchi"
 Università di Pavia - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Relatori e Moderatori

- | | | | |
|------------------|----------|----------------|----------|
| L. Avoni | Ravenna | P. Indemini | Cuneo |
| M. Baruzzo | Venezia | G. Mantegna | Pavia |
| P.E. Bianchi | Pavia | A. Nanni Costa | Roma |
| P. Bonci | Imola | P. Pagani | Genova |
| M. Busin | Ferrara | F. Pateri | Monza |
| D. Camposampiero | Venezia | A. Pocobelli | Roma |
| R. Carroccia | Bologna | D. Ponzin | Venezia |
| R. Ceccuzzi | Pavia | E. Porta | Roma |
| R. Colabelli | Roma | P. Rama | Milano |
| M. Corneli | Fabriano | N. Randazzo | Genova |
| L. D'Amato | Imola | A. Russo | Imola |
| M.R. Di Palma | Pavia | A. Ruzza | Venezia |
| P.M. Donisi | Venezia | P. Santoro | Torino |
| E. Frigerio | Monza | P. Torresan | Fabriano |
| G. Genitti | L'Aquila | M.C. Tritto | Napoli |
| F. Genzano Besso | Torino | D. Venzano | Genova |
| C. Giannarini | Lucca | M. Vicentini | L'Aquila |
| A. Grassetto | Venezia | I. Zorzi | Venezia |



Programma

8.00 Registrazione dei partecipanti
8.30 Saluto delle Autorità

9.00 **SESSIONE 1** Centro Nazionale Trapianti e Banche degli Occhi
 Moderatore: P. Bonci, F. Genzano Besso

- Le Banche degli Occhi nella Visione del Centro Nazionale Trapianti | A. Nanni Costa
- Attività di prelievo e trapianto di tessuti oculari | E. Porta

10.00 **SESSIONE 2** DMEK in eye-banking
 Moderatori: D. Ponzin, L. Avoni, P. Indemini

- Anatomia, fisiologia e proprietà meccaniche di Descemet-endotelio | P.M. Donisi
- Preparazione di lenticoli DMEK mediante stripping | R. Colabelli
- Preparazione di lenticoli DMEK mediante pneumodissezione | D. Venzano
- Metodiche di conservazione dei lenticoli per DMEK | M. Baruzzo, M. Parekh, A. Ruzza
- Lenticoli DMEK pre-caricati | A. Ruzza

11.00 Coffee break

11.15 **SESSIONE 3** Lenticoli DMEK e Follow-up clinico: Esperienze a confronto
 Moderatori: R. Ceccuzzi, G. Genitti

Tavola Rotonda con: M. Busin, A. Pocobelli, D. Venzano

12.10 **SESSIONE 4** Nerve Growth Factor
 Moderatore: P.E. Bianchi

- "Nerve Growth Factor (NGF): applicazioni cliniche nelle malattie oculari" | P. Rama

12.30 Pausa pranzo

14.00 **Assemblea Soci SIBO**

- Relazione del Presidente F. Genzano Besso
- Relazione della segretaria F. Pateri

14.30 **SESSIONE 5** La storia della SIBO
 Moderatore: M.C. Tritto

- SIBO: Da Gruppo di Studio a Società Scientifica | P. Torresan

14.50 **SESSIONE 6** La convalida degli ambienti nell'eye-banking
 Moderatori: G. Mantegna, P. Santoro

- Progettazione e revisione degli ambienti | C. Giannarini
- Convalida delle cappe a flusso laminare | M. Vicentini
- Convalida della strumentazione | R. Carroccia

15.20 Coffee break

15.35 **SESSIONE 7** Processazione dei tessuti in eye banking
 Moderatori: E. Frigerio, M.R. Di Palma, M. Corneli

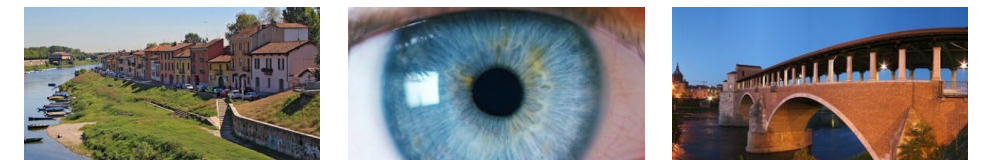
- Caratteristiche dei donatori e contaminazioni dei tessuti oculari in organ culture | D. Camposampiero, I. Zorzi, A. Grassetto
- Influenza dell'intervallo post mortem e dell'età over 80 anni nei donatori di cornee: idonei o non idonei? utilizzati o non utilizzati? | A. Russo, L. D'Amato

16.05 **SESSIONE 8** Atlante di eye banking
 Moderatore: N. Randazzo

Tavola Rotonda con: M. Corneli, P. Pagani

16.25 Discussione e Compilazione Test ECM

17.00 Chiusura dei lavori
 R. Ceccuzzi



La Società Italiana Banche degli Occhi si propone di contribuire alla diffusione e al miglioramento della qualità del trapianto di cornea e del trattamento di patologie oculari, attraverso la promozione e lo sviluppo dell'eye banking. Essa:

- promuove l'attività scientifica, didattica e culturale nel campo dell' eye banking anche mediante iniziative divulgative dirette agli operatori e la definizione, la diffusione e applicazione di linee guida inerenti alle attività di eye banking e la costituzione e strutturazione delle banche degli occhi;
- promuove l'organizzazione di corsi, convegni, conferenze, dibattiti, seminari e iniziative didattiche, scientifiche e di ricerca sull' eye banking, il trapianto di cornea, le patologie corneali e della superficie oculare;
- instaura il collegamento, la collaborazione e l'interscambio scientifico e culturale con enti nazionali ed esteri operanti con finalità analoghe;
- si propone quale interlocutore di riferimento per le istituzioni che coordinano l'attività di trapianto in Italia (Centro Nazionale trapianti, Centri Regionali e Centri Interregionali di Coordinamento per i Trapianti);
- promuove campagne di sensibilizzazione sociale sulle malattie oculari ovvero partecipa alle stesse;
- promuove ricerche scientifiche finalizzate allo studio e al miglioramento delle tecniche dell' eye banking, e alla valutazione dei risultati conseguiti;
- formula proposte presso interlocutori pubblici e privati, volte alla tutela e promozione dell' eye banking
- intraprende ogni iniziativa idonea a favorire il collegamento e la collaborazione tra le banche degli occhi italiane

Cognome e nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Qualifica: _____

Indirizzo per la corrispondenza _____

Ente/Istituzione: _____

Telefono: _____

Fax: _____

Email: _____

DICHIARA DI:

ESSERE AFFILIATO AD UNA BANCA DEGLI OCCHI

NON ESSERE AFFILIATO AD UNA BANCA DEGLI OCCHI

e chiede di essere iscritto alla SIBO per l' anno 2018.

Data _____ Firma _____

In caso di affiliazione ad una banca degli occhi, indicare il nome e /indirizzo della banca degli occhi di appartenenza, se differente dall' indirizzo per la corrispondenza indicata sopra: _____

INVIARE IL MODULO COMPILATO ALLA SEGRETERIA SIBO C/O BANCA DEGLI OCCHI DI MONZA, OSPEDALE S. GERARDO,

Via Pergolesi 33 – 20900 Monza (MB)

Tel: 039 2339914-12 - Fax: 039 2333557- Email: f.pateri@asst-monza.it.

La richiesta di iscrizione/rinnovo annuale a socio ordinario va accompagnata da una attestazione di affiliazione/collaborazione con una banca degli occhi rilasciata dal Legale Rappresentante dell'ente di appartenenza della banca. La richiesta di iscrizione/rinnovo annuale e' valida contestualmente al pagamento della quota associativa.

Effettuo il pagamento di € _____ in contanti

Effettuo il pagamento di € _____ mediante bonifico bancario
alle seguenti coordinate bancarie:

Banco BPM Banca Popolare di Novara
Corso Fiume 13 - 10131 - TORINO
IBAN: IT 65 W 05034 01013 000000022060
Riferimento conto: Società Italiana Banche degli Occhi
Causale: iscrizione/rinnovo annuale SIBO

Totale importo del bonifico (in euro): _____

Banca che effettua il trasferimento: _____

Data del trasferimento: _____

Numero di riferimento del bonifico: _____

Nome del titolare del conto: _____

INVIARE IL MODULO COMPILATO E L'EVENTUALE RICEVUTA DI BONIFICO ALLA SEGRETERIA SIBO
C/O BANCA DEGLI OCCHI DI MONZA, OSPEDALE S. GERARDO,

Via Pergolesi 33 – 20900 Monza (MB)
Tel: 039 2339914-12 - Fax: 039 2333557 - Email: f.pateri@asst-monza.it.
