



Dunamis
Education & Research

Dr.ssa Gabriella Romano

PERIORESTAURATIVA: INTERAZIONI E PROTOCOLLI PER IL CLINICO

IL CORSO RILASCIAM 17,1 CREDITI ECM



NAPOLI
10-11 NOVEMBRE 2023

PROFILO DEL RELATORE

Dr.ssa Gabriella Romano

- Laureata con lode in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università degli studi di Bari.
- Ha frequentato numerosi corsi di perfezionamento in Italia e all'estero in parodontologia, implantologia, odontoiatria restaurativa.
- Socio attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Conservativa e Restaurativa.
- Socio attivo dell' Accademia Italiana di Estetica.
- Membro Master del gruppo Adhesthetics del dott. Federico Ferraris.
- Docente del Corso di Perfezionamento in Odontoiatria Restaurativa presso l'università degli Studi di Foggia
- Docente del Master Universitario di Odontoiatria Restaurativa presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"
- Partecipa come relatrice a diversi congressi scientifici in ambito nazionale ed internazionale.
- Lavora come libera professionista presso i suoi studi di Galatina e Casarano occupandosi esclusivamente di odontoiatria restaurativa ed estetica e parodontologia.



ABSTRACT

Nella pianificazione e nel trattamento di casi clinici complessi è essenziale una corretta gestione dei tessuti dentali e parodontali. Questo è importante nei settori posteriori, nei casi più complessi di gestione di margini restaurativi profondi e nel recupero di denti che hanno perso struttura in maniera molto grave; nei settori anteriori con l'obiettivo di raggiungere un'estetica eccellente.

Per questo è necessario garantire una perfetta integrazione biologica del restauro e la salute a lungo termine dei tessuti dento-parodontali. Partendo dalla conoscenza del comportamento dei tessuti, quali sono i protocolli e le tecniche da utilizzare? Qual'è il giusto timing? Come integrare restaurativa e gestione dei tessuti parodontali per ottenere un successo predicibile?

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Venerdì

09:00 **Anatomia e fisiologia dei tessuti Parodontali.**

10:30

Capire la biologia nell'ottica del clinico.
Rapporti tra restauri e l'attacco sovracrestale

10:30

Coffee Break

11:00

11:00 **Periorestaurativa nei settori posteriori**

13:00

La gestione del margine restaurativo profondo
Rilocazione del margine profondo: indicazioni e tecniche
Allungamento della corona clinica : un concetto in evoluzione tra passato e presente
Supracrestal Tissues Esthetic Management (STEM Technique)

13:00

Lunch

14:00

14:00

Video Clinici

16:00

16:00

Esercitazione su simulatori da parte dei Partecipanti:
Esecuzione di una procedura STEM su simulatore

18:00

Sabato

09:00

Periorestaurativa nei settori anteriori

10:30

Anatomia e comportamento dei tessuti molli in zona estetica
I tessuti molli e il protesista: troppa gengiva, poca gengiva, gengiva asimmetrica

L'importanza della pianificazione in odontoiatria estetica: pianificazione dentale e parodontale

10:30

Coffee Break

11:00

11:00

Esercitazione di programmazione interattiva di un caso estetico.
Programmazione restaurativa e parodontale

13:30

Eruzione passiva alterata: diagnosi e protocolli di trattamento chirurgici restaurativi
Video Clinici: Recessioni gengivali e lesioni cervicali non cariose: approccio combinato chirurgico restaurativo

Video Clinici: Recupero di monconi fratturati in zona estetica: criteri di scelta del piano di trattamento. Recupero di monconi fratturati in zona estetica: l'allungamento di corona clinica biologicamente ed esteticamente guidato.

Recupero di monconi fratturati in zona estetica: Estrusione chirurgica ed estrusione ortodontica.

INFORMAZIONI GENERALI



SEDE DEL CORSO:

Via Carducci, 15 80121 Napoli

CALENDARIO DEGLI INCONTRI:

Venerdì 10 Novembre 2023 / Sabato 11 Novembre 2023

ORARI DEL CORSO:

Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 / Sabato dalle ore 9:00 alle ore 14:00

MODALITÀ D'ISCRIZIONE:

Tipologia corso: il corso è riservato a Medici Chirurghi ed Odontoiatri iscritti all'Ordine.
Documenti obbligatori per l'iscrizione: le iscrizioni dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro venerdì 3 novembre 2023 e saranno accettate sulla base dell'ordine cronologico di arrivo.

La domanda di iscrizione dovrà essere corredata **OBBLIGATORIAMENTE** dai seguenti documenti, pena l'annullamento dell'iscrizione:

- copia della CONTABILE DEL BONIFICO BANCARIO O ASSEGNO BANCARIO effettuato;
- scansione controfirmata del DOCUMENTO DI AUTOCERTIFICAZIONE .

L'intera documentazione dovrà pervenire tassativamente alla Segreteria Organizzativa ed insieme all'iscrizione entro la data indicata, pena l'annullamento dell'iscrizione.

Obiettivo Formativo Tecnico-Professionale n. 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultra specialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere.

QUOTA DI ISCRIZIONE:

€ 1200 + IVA

La quota di iscrizione comprende: ° La partecipazione al corso ° I coffee break ed il lunch

Il pagamento dovrà avvenire con un acconto del 50% all'iscrizione e il saldo 10 giorni prima della data d'inizio del corso.

NUMERO MASSIMO PARTECIPANTI: 15

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Di seguito le coordinate bancarie: Banca Intesa San Paolo

IT14U0306924606100000002018

Causale: Nome e Cognome - Acconto | Saldo Corso Periorestaurativa

MODALITÀ DI CANCELLAZIONE:

In caso di mancata partecipazione, verrà effettuato un rimborso pari al 50% della quota di iscrizione (IVA compresa) solo se la disdetta scritta sarà pervenuta alla Segreteria entro e non oltre 30 giorni dallo svolgimento dell'evento, tramite mail o pec. Non è previsto alcun rimborso per il ritiro oltre i termini suddetti, fatti salvi casi eccezionali, dovuti a gravi impedimenti documentabili, che verranno valutati singolarmente.

IL CORSO RILASCIAM 17,1 CREDITI ECM

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445 DEL
28.12.2000**

CORSO PERIORESTAURATIVA:
INTERAZIONI E PROTOCOLLI PER IL CLINICO
DR.SSA GABRIELLA ROMANO

Dr /D.ssaNato/a a.....Il.....
Residente ain via..... n. civico.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- di essere nata/o a.....Il.....
- di essere residente nel comune di.....in via..... n.....
- di essere cittadina/o.....
- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i:.....
- di essere iscritti all'Ordine dei Medici della Provincia di.....
dal..... matricola nr.....
- di possedere il seguente numero di codice fiscale/individuale.....
- di possedere il seguente numero di Partita I.V.A.

Data

.....

Firma

.....

I dati personali raccolti con il presente documento verranno trattati in conformità al regolamento europeo 679/2016 e al d.lgs 196/2003 come modificato dal d.lgs 101/2018 per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa disponibile nel sito www.dunamiseducation.com

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000. Con la presente sottoscrizione il partecipante dichiara e garantisce la veridicità e autenticità dei documenti richiesti esonerando, pertanto, la società da ogni responsabilità in merito a dichiarazioni false e/o mendaci in essa contenute.

SCHEDA ISCRIZIONE

Compilare e inviare via mail all'indirizzo segreteria. dre@gmail.com

ALLEGARE COPIA BONIFICO DI ACCONTO EFFETTUATO

Corso: Corso PERIORESTAURATIVA: INTERAZIONI E PROTOCOLLI PER IL CLINICO

.....

Nome e cognome partecipante.....

Dati di fatturazione

Ragione sociale.....

Indirizzo.....

CAPCittà Prov.

Tel.....E-mail

Part. IVA.....Cod. Fisc

SDI..... PEC

Libero professionista Dipendente

Convenzionato

