

17°  
CONVEGNO  
REGIONALE



SI RINGRAZIA PER IL CONTRIBUTO OFFERTO



**SEGRETERIA  
SCIENTIFICA**

Dr. Paolo Dall'Aglio  
Dr. Alberto Casali  
Segreteria Culturale  
ANDI Emilia-Romagna

**SEGRETERIA  
ORGANIZZATIVA**

ANDI Emilia-Romagna  
Tel. 051 543850  
Fax 051 540630  
emilia-romagna@andi.it



14 SETTEMBRE 2019

17° CONVEGNO REGIONALE

**CHIRURGIA  
ORALE  
ESTRATTIVA  
DAL DENTE  
IN ARCATA  
ALL'OTTAVO  
INCLUSO**

**RELATORI**

**ODONTOIATRI**  
Angelo Baleani  
**ASO**  
Giorgio Ban  
Romina Tomei

**SEDE**

Centro Congressi  
Club Hotel Dante  
Via Milazzo, 81  
Cervia (Ravenna)



**INCONTRI PER ODONTOIATRI  
E PERSONALE DI STUDIO**  
CORSO GRATUITO  
PER I SOCI ANDI

**4,2 CREDITI  
E.C.M.**



## CHIRURGIA ORALE ESTRATTIVA DAL DENTE IN ARCATA ALL'OTTAVO INCLUSO

Relatore: **Dr. Angelo Baleani**

8.45 Saluto del Presidente Regionale ANDI **Dr. Paolo Paganelli**

9.00 **Scelta e interpretazione degli esami radiografici  
Strumentario chirurgico dedicato per un metodo  
estrattivo razionale**

11.00 Coffee-break

11.30 **Strumentario e tecnica: come affrontare l'estrazione  
dei denti in arcata e inclusi**  
- Denti in arcata  
- Denti inclusi

13.00 Pranzo

14.00 Saluto del Presidente Nazionale ANDI **Dr. Carlo Ghirlanda**

14.15 **I denti del giudizio: un metodo moderno per estrarli**  
- Ottavi superiori  
- Ottavi

16.45 Fine lavori

**NUMERO POSTI DISPONIBILI: 200**

*La preiscrizione verrà garantita solo se il partecipante si presenterà entro e non oltre le ore 9.00, dopo di che verranno iscritti coloro che saranno presenti in lista d'attesa*

**AREE DI COMPETENZA:**

Competenze tecnico-specialistiche

**OBIETTIVO FORMATIVO:**

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

Malattie rare.

**RESPONSABILE SCIENTIFICO E.C.M.:**

Dr. Massimo Fuzzi

## L'ASSISTENZA IN CHIRURGIA ORALE

Relatori: **Dr. Giorgio Ban, Sig.ra Romina Tomei**

9.00 **Modello organizzativo in chirurgia: il TEAM  
Dr. Giorgio Ban**

9.30 **Il ruolo dell'Aso in chirurgia Orale**  
La figura dell'assistente, Disinfezione, Sterilizzazione,  
la preparazione del campo Chirurgico e del paziente,  
la dimissione del paziente  
**Sig.ra Romina Tomei**

11.00 Coffee-break

11.30 **Specificità dei diversi tipi di chirurgia  
Dr. Giorgio Ban, Sig.ra Romina Tomei**

12.00 **Filmato chirurgico e commento dal punto di vista  
dell'operatore e dell'assistente**

13.00 Fine lavori

**CORSO DI 4 ORE VALIDO PER L'AGGIORNAMENTO  
DELLA QUALIFICA ASO**

**NUMERO POSTI DISPONIBILI: 140**

*La preiscrizione verrà garantita solo se il partecipante si presenterà entro e non oltre le ore 9.00, dopo di che verranno iscritti coloro che saranno presenti in lista d'attesa*



## QUOTA DI PARTECIPAZIONE ODONTOIATRI

- **SOCIO ANDI: GRATUITO** - **NON SOCIO ANDI:** Euro 150,00 compresa IVA
- **STUDENTI: GRATUITO**

Pagamenti:

- Assegno intestato a ANDI SERVIZI SRL
- Bonifico Bancario intestato a ANDI SERVIZI SRL  
Banca Farbanca - Sede di Bologna  
IBAN: IT 32 O 03110 02400 001570012744  
Causale: Cognome e Nome partecipante  
Corso Emilia Romagna - 14/09/2019

## QUOTA DI PARTECIPAZIONE ASO

- **SOCIO ANDI: GRATUITO** - **NON SOCIO ANDI:** Euro 100,00 compresa IVA

Pagamenti:

- Assegno intestato a ANDI EMILIA ROMAGNA
- Bonifico Bancario intestato a ANDI EMILIA ROMAGNA  
Banca Popolare Emilia Romagna - Agenzia 1 di Bologna  
IBAN: IT 80 I 05387 02401 000000851223  
Causale: Cognome e Nome partecipante  
Cervia - 14/09/2019

## ISCRIZIONE

- Compilare la scheda di iscrizione in ogni sua parte ed inviarla a:
  - ANDI EMILIA ROMAGNA, Via Abruzzo 14/F - 40139 Bologna
  - Fax: 051.540630
  - e-mail: emilia-romagna@andi.it
- Collegarsi al sito [www.dentistionline.it](http://www.dentistionline.it) e procedere all'iscrizione (eventuale pagamento con carta di credito).

## PROVIDER ACCREDITATO ECM

ANDI SERVIZI Srl - Accreditamento standard della CNFC n° 228 del 07/02/2013.

## INFORMATIVA ECM

Questa attività ECM è stata predisposta in accordo con le regole indicate dalla Commissione ECM mediante collaborazione tra ANDI Servizi Srl, provider accreditato a fornire programmi di formazione continua per la categoria professionale degli Odontoiatri, ed ANDI Emilia-Romagna. Il provider si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività formativa.

*Nel rispetto del Regolamento ECM verranno rilasciati 4,2 crediti ECM al partecipante che avrà partecipato al 90% del programma formativo (6 ore) e risposto esattamente ad almeno il 75% dei test di verifica dell'apprendimento. La presenza verrà rilevata elettronicamente.*

**È NECESSARIO ESSERE MUNITI DELLA TESSERA ANDI  
OPPURE DELLA TESSERA SANITARIA**

## ODONTOIATRA

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Iscritto all'OMCEO di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Socio ANDI di \_\_\_\_\_  Non Socio ANDI

Odontoiatra NON partecipante

## PERSONALE DI STUDIO

1. Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

2. Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità previste nell'informativa ex art. 13, 14 del Regolamento 679/16.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

SCHEDA D'ISCRIZIONE

ANDI

