

### Provider accreditato ECM

Andi Servizi Srl accreditamento standard  
dalla CNFC n° 228 del 07/02/2013

### PRESCRIZIONE SCRITTA OBBLIGATORIA

**Il corso si svolgerà nel rispetto dei Protocolli anti Covid-19. Ogni partecipante dovrà presentarsi munito di mascherina.**

### NUMERO MASSIMO PARTECIPANTI 100

Le prescrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili, secondo l'ordine di arrivo delle domande di adesione. La **prescrizione** 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.

*Nel rispetto del Regolamento ECM verranno rilasciate 4 crediti ECM al partecipante che avrà partecipato ad almeno il 90% del programma formativo, e risposto esattamente ad almeno il 75% del test di verifica dell'apprendimento da compilare online entro 3gg. dalla chiusura dell'evento.*

*La presenza verrà rilevata elettronicamente.*

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

### 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 Bologna. Il provider si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività formativa.*

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

#### **ODONTOIATRA**

Soci ANDI gratuito

Non soci ANDI € 50,00 compresa IVA

- Assegno intestato a ANDI SERVIZI SRL
- Bonifico Bancario intestato a ANDI SERVIZI SRL  
Banca Farbanca - Sede di Bologna  
IBAN IT 32 0 03110 02400 001570012744  
Causale: Cognome e Nome partecipante -  
Corso BOLOGNA - 17/10/2020

**QUOTE DI PARTECIPAZIONE PER ASSISTENTI  
CONSULTABILI ALL'INTERNO.**

# La recessione nei restauri protesici su denti e impianti: come evitarla a favore di un margine gengivale stabile nel tempo

Con il contributo non condizionante



#### **Responsabile Scientifico:**

Dr. Massimo Fuzzi

#### **Segreteria Culturale E.C.M.:**

Dr. Diego Capri

#### **Commissione Culturale:**

Dr.ssa Maria Giovanna Barboni  
Dr. Gabriele Biancoli  
Dr.ssa Micaela d'Alanno  
Dr. Massimo Fuzzi

#### **Segreteria Organizzativa:**

**ANDI BOLOGNA**

tel. 051.543850 - fax 051.540630  
e-mail: bologna@andi.it



# La recessione nei restauri protesici su denti e impianti: come evitarla a favore di un margine gengivale stabile nel tempo

**17 OTTOBRE 2020  
ore 9,00**

**Andrea Chierico  
Davide Faganello**

**Sede:  
SAVOIA HOTEL REGENCY  
Via Pilastro 2 - Bologna**

**SESSIONI per  
ODONTOIATRI e  
ASSISTENTI di STUDIO**

Corso Accreditato  
4 E.C.M.



## Sessione ODONTOIATRI

### La recessione nei restauri protesici su denti e impianti: come evitarla a favore di un margine gengivale stabile nel tempo

Relatori: **Dr. Andrea Chierico**  
**Dr. Davide Faganello**

**9:00** Prima parte

**11:00** Coffee break

**11:30** Seconda parte

**13:30** Fine lavori

#### Abstract

Oggigiorno le esigenze dei nostri pazienti sono in costante evoluzione, ma sempre più attenzione viene riposta sul risultato estetico. Senza prescindere dagli obiettivi primari del nostro trattamento, che mirano al controllo di malattia ed al ripristino della funzione, in questa giornata vogliamo porre l'attenzione sugli accorgimenti clinici che ci permettono di rendere il risultato estetico ottimale e soprattutto predicibile. Il corso propone un approccio multidisciplinare volto ad integrare la Parodontologia con la Protesi e l'Implantologia.

Cercheremo di trasmettere il nostro modo di affrontare i trattamenti in zona estetica nella quotidianità dello studio, aprendo le porte al nostro modo di fare diagnosi, di formulare un piano di trattamento completo e di programmare la corretta sequenza dei trattamenti. Verranno presentati inoltre casi di atrofie importanti in zona estetica e come solo una perfetta integrazione tra tecniche di rigenerazione ossea e di chirurgia plastica gengivale e protesiche sia in grado di riottenere una "restitutio ad integrum" e di mantenere l'osso neo-rigenerato stabile nel tempo.

#### Area di competenza

Competenze di sistema

#### Obiettivo ministeriale

Linee guida - protocolli - procedure

## Sessione ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO

### Lo studio dentistico ai tempi del Coronavirus

Relatori: **Dr. Simone Lenzi**  
**Dr. Filippo Basaglia**

**9:00** Procedure di sanificazione

**11:00** Coffee break

**11:30** L'utilizzo dei DPI

**13:00** Fine lavori

#### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

##### ASSISTENTI ALLA POLTRONA

Assistenti di Soci ANDI BOLOGNA gratuito

Assistenti di Non soci ANDI BOLOGNA

€ 50,00 compresa IVA

Bonifico Bancario intestato a  
PROMO BOLOGNA SOC. COOP  
Banca Caricento - Filiale di Ozzano Emilia  
IBAN IT33G0611536990000000053656  
Causale: Cognome e Nome Assistente -  
Corso per ASO -17/10/2020

**ATTENZIONE: IL PAGAMENTO È NECESSARIO PER LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE E NON POTRÀ ESSERE EFFETTUATO IL GIORNO DEL CORSO.**

#### CORSO VALIDO PER L'AGGIORNAMENTO DELLA QUALIFICA ASO

Verrà data la priorità alle Assistenti di Studio Odontoiatrici in possesso della Qualifica ASO prevista dalla legge, che sono obbligate all'aggiornamento annuale di 10 ore.

**Il corso si svolgerà nel rispetto dei Protocolli anti Covid-19. Ogni partecipante dovrà presentarsi munito di mascherina.**

## Scheda di Iscrizione Corso BOLOGNA - 17/10/2020

Compilare IN STAMPATELLO LEGGIBILE ed inviare a:  
**ANDI BOLOGNA** Via Abruzzo 14/F - 40139 Bologna  
fax 051.540630 - email bologna@andi.it

**Tutti i dati sono obbligatori**

#### ODONTOIATRA

Cognome e nome .....

Nato a ..... prov. .... il .....

Codice fiscale .....

Cellulare .....

Indirizzo .....

CAP .....Città ..... prov. ....

e-mail .....

Iscritto all'OMCEO di ..... n° .....

Socio ANDI di .....  Non Socio ANDI

#### PERSONALE DI STUDIO

Cognome e nome .....

Nato a ..... prov. .... il .....

Codice fiscale .....

Cellulare .....

e-mail .....

Datore di lavoro .....

Socio ANDI Bologna  SI  NO

#### Ricevuta/fattura intestata a:

(solo per i non soci ANDI)

Dr./Studio .....

Indirizzo .....

CAP .....Città ..... prov. ....

Partita IVA .....

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