

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Odontostomatologia

Azienda Ospedaliero Universitaria

Meyer - Firenze

Responsabile

Dott.ssa Roberta D'Avenia

e-mail: r.davenia@meyer.it

Evento organizzato in
collaborazione con

**S.I.O.H. - Società Italiana di
odontostomatologia per l'handicap**

(www.sioh.it)

SEGRETERIA

ORGANIZZATIVA

SETTORE FORMAZIONE

Sig.^{ra} Roberta Latragna

Viale Pieraccini n. 24

50139 Firenze

Fax. 055 5662613

e-mail: r.latragna@meyer.it

Informazioni

Il Nuovo Ospedale Meyer, viale Pieraccini 24 - Firenze, è raggiungibile dalla stazione S.M.N. con l'**autobus** della Linea 14-C e dalla stazione Rifredi con la linea R.

In auto, uscita autostradale Firenze Nord, direzione Firenze, seguire le indicazioni per l'Ospedale Meyer - Careggi

L'Aula Magna del 2° piano si trova nel padiglione EST raggiungibile imboccando il tunnel di destra rispetto all'entrata dell'ospedale

Destinatari

- Laureati in Medicina e Chirurgia con iscrizione all'Albo degli Odontoiatri
- Laureati in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Odontostomatologia
- Laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria

**Crediti E.C.M. riconosciuti n. 5
(subordinati alla compilazione del
questionario di gradimento ed
apprendimento)**

- Iscrizione obbligatoria tramite scheda allegata
- Quota iscrizione **30 euro**, comprensivo di coffee break mattutino e lunch a buffet
- Modalità: versamento su Conto Corrente Postale n. 22758502 intestato a: Azienda Ospedaliera Universitaria MEYER – dopo la conferma della Segreteria
- Dopo aver effettuato il pagamento non sarà possibile annullare l'iscrizione
- Iscrizione gratuita per i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer su specifica scheda per interni



formazione

Azienda Ospedaliero

Universitaria Meyer

Provider E.C.M. Decreto Dirigenziale

n° 5139/2010



**1° Giornata Toscana
S.I.O.H.**

Venerdì 20 maggio 2011

Aula Magna 2° piano

PROGRAMMA

8.30: Registrazione Partecipanti

**9.00: Saluto Direttore Generale
A.O.U Meyer e del Presidente
S.I.O.H.**

9.15: Presentazione della Giornata
Dott.ssa R. D'Avenia

**9.30: "L'Ambiente di vita: una
discriminante per la salute orale
nella persona con disabilità"**

Prof.ssa M. Giuca, Dott.ssa C. Mannucci,
Dott.ssa D. Bonfigli

**10.00: "Anomalie dentali nelle Labio
Palatoschisi: confronto statistico ed
implicazioni cliniche"**

Prof. E. Defraia, Dott. M. Camporesi

**10.30: "Approccio al paziente affetto
da disabilità in età evolutiva"**

Dott.ssa R. D'Avenia

11.00: Coffee break

**11.15: "Il cavo orale nella Sindrome
di Down. Ricerche cliniche. Esigenze
educative"**

Dott. M. Magi

**11.45: "L'esperienza clinica di
odontoiatria speciale nella realtà
senese"**

Dott.ssa Batoni, Dott. M. Viviano

**12.15: "La continuità assistenziale in
Odontostomatologia Speciale"**

Dott. F. Amunni

12.45: Discussione

13.30-14.30: Lunch

**14.30: "Approccio dolce: la
Clownterapia in Odontoiatria
Speciale"**

Dott. E. Raimondo

**15.00: "Sindrome dell'X-Fragile: case
report con approccio
multidisciplinare"**

Dott.ssa A. De Simone, Dott. M. Mazzoni,
Dott.ssa F. Mazza

**15.30: "Dalla prima visita al
trattamento ambulatoriale del
paziente affetto da disabilità in età
evolutiva"**

Dott.ssa S. Michelozzi, Dott.ssa B. Mariti,
Dott.ssa M. Ballerini

**16.00: "Possibilità di trattamento del
paziente affetto da disabilità in età
evolutiva non collaborante con
tecniche di sedazione e/o in
Anestesia Generale"**

Dott.ssa C. Villanacci, Dott.ssa E. Arconti,
Dott.ssa R. D'Avenia

**16.30: "Il trattamento ortodontico del
paziente in età evolutiva affetto da
disabilità intellettivo"**

Dott.ssa P. Armi, Dott. A. Marinelli,
Dott.ssa S. Vierucci

**17.00: Conclusioni e compilazione
questionario apprendimento e ECM**

Scheda di iscrizione

1° Giornata Toscana S.I.O.H.

da inviare via fax, numero 055 5662613,
all'attenzione Sig.^{ra} Roberta Latragna **entro il 13
maggio 2011**

Nome e Cognome

Via/Piazza

C.A.P.

Città

(Prov.)

Tel.

Fax.

e-mail

Qualifica

Ente di appartenenza e sede lavorativa

Codice fiscale

Fatturare a:

Nome e Cognome o Ente

Via/Piazza

C.A.P.

Città

(Prov.)

Tel.

Fax.

C.F. o P. IVA (**OBBLIGATORIO AI FINI FISCALI**)

Data Firma (con timbro se Ente)

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive
convenzioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed
autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra
Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in
futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.