Segreteria Organizzativa

Dott.ssa Francesca Baccini
Polo Universitario delle Professioni Sanitarie

tel. 0464. 678000
fax 0464. 678099
francesca.baccini@apss.tn.it

38061 Ala (TN)
Via Roma, 27

Segreteria Scientifica

Dott. Fulvio Campolongo
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale
Osp. S. Chiara - Trento

tel. 0461.903271
fax 0461.903789
fulvio.campolongo@apss.tn.it

38100 Trento
Largo Medaglie d'oro

La partecipazione è gratuita

ISCRIZIONE OBBLIGATORIA entro il
7 OTTOBRE 2009

Si prega di compilare la scheda di iscrizione e spedire alla segreteria organizzativa via fax (0464-678099) o posta elettronica (francesca.baccini@apss.tn.it)
Non si accetteranno schede di iscrizione incomplete

Per il Convegno sono stati richiesti
CREDITI E.C.M.
alla Commissione Provinciale per la Formazione Continua per le seguenti figure professionali:
Medico Chirurgo - Odontoiatra
Igienista Dentale - Assistente sanitaria
Infermiere professionale area odontoiatrica
Tecnico della riabilitazione psichiatrica

CON IL PATROCINIO DI

ANDI

ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI

A.I.D.I.

SOCIETÀ MEDICO CHIRURGICA ROVERETO

SODALIZIO DEGLI ODONTOIATRI DEGLI ODONTOSTOMATOLOGI E DEI CHIRURGHI MAXILLO-FACCIALI OSPEDALIERI DEL TRIVENETO

Per raggiungere la sede dell'evento

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Provincia Autonoma di Trento
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Corso di Laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Verona
Presidente: prof. Luciano Malchiodi

7° CONVEGNO

L'IGIENE DENTALE NEL GIOVANE ADULTO

Presidente: dr. Fulvio Campolongo

23 ottobre 2009

ROVERETO (TN)
Auditorium Fausto Melotti - MART
Corso Bettini, 43

PROGRAMMA

8.30 **Registrazione dei partecipanti**
8.40 **Apertura dei lavori**
Prof. Luciano Malchiodi
Corso di Laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Verona

Moderatore
Prof. Luciano Malchiodi

9.00 **1999 - 2009: 10 anni del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Verona: dalla formazione ai servizi per il territorio**
Dr. Fulvio Campolongo
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia
Osp. S. Chiara - Trento

9.30 **La salute del giovane adulto: gli stili di vita nel sistema di sorveglianza PASSI**
Dr. Alberto Betta
Direzione Promozione Educazione alla Salute
APSS - Trento

10.00 **Ripercussioni a livello parodontale dell'abuso di alcool, fumo e sostanze stupefacenti nei giovani adulti**
Prof. Giorgio Lombardo
Corso di Laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Verona

10.30 **Manifestazioni orali delle malattie a trasmissione sessuale**
Dr. Giuseppe Ficarra
Centro di Riferimento per lo Studio delle Malattie Orali
Università degli Studi di Firenze

11.10 **Coffee break**

11.30 **I disturbi dell'alimentazione: anoressia e bulimia**
Dott.ssa Roberta Siani
Servizio autonomo di Psicoterapia
Università degli Studi di Verona

Dr. Carlo Pedrolli
Servizio Dietetica e Nutrizione clinica
Osp. S. Chiara - Trento

PROGRAMMA

12.20 **I disturbi dell'alimentazione: effetti sui tessuti dento-parodontali**
Dott.ssa Francesca Baccini
Corso di Laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Verona

12.40 **Discussione**

13.00 **Buffet**

Moderatore
Dr. Fulvio Campolongo

14.00 **Le parodontopatie giovanili**
Prof. Franco Vezzoni
Corso di Laurea in Odontoiatria
Università degli Studi di Pavia

14.40 **Strategie di prevenzione e cura dell'alitosi nel giovane adulto**
Dott.ssa Michela Rossini
Igienista dentale
Università dell'Insubria - Varese

15.15 **Body-art e cavo orale**
Dr. Egon Gasser
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia
Ospedale Santa Chiara Trento

15.45 **Le pigmentazioni: gli effetti dello sbiancamento dentario**
Dott.ssa Jasna Chiara Niciforovic'
Corso di Laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Milano

16.15 **Le lesioni del tessuto duro dentario di origine non batterica**
Dott.ssa Ignazia Casula
Corso di Laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Brescia

16.40 **Discussione**

17.00 **Test di apprendimento e di gradimento**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome* _____

Nome* _____

Data di nascita* _____

Luogo di nascita* _____

Via* _____

c.a.p.* _____ **Città*** _____

Telefono* _____

E-mail _____

Professione* _____

Indirizzo sede lavorativa* _____

_____

N° matricola (*per i dipendenti APSS) _____

Codice fiscale* _____

Trattamento dei dati personali
Ai sensi della legge 675/96, i dati personali dei partecipanti saranno inseriti in un archivio informatico e utilizzati ai fini dell'evento.

firma* _____

data _____

*** campi obbligatori**
per il rilascio della certificazione ECM

Non si accetteranno schede di iscrizione incomplete