



# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA

## CORSO DI AGGIORNAMENTO ECM

### “OCCLUSIONE E RIABILITAZIONE ORALE MULTIDISCIPLINARE:

### VISIONE CLINICA NELLE DIVERSE PROSPETTIVE SPECIALISTICHE E RISVOLTI MEDICO-LEGALI”



**PAVIA - Sabato 26 marzo 2011**

**Aula Magna**

**Residenza Universitaria Biomedica S. Caterina da Siena**

**Via Giulotto, 12 – Pavia**

#### PROGRAMMA

**ore 8,15**

Registrazione partecipanti

**ore 8,30**

Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici  
Dott. Giovanni Belloni  
Saluto del Presidente della Commissione  
Albo Odontoiatri  
Dott. Domenico Camassa

#### **I SESSIONE – Parte Teorica**

Moderatore: Prof. Cesare Brusotti

**ore 8,45-9,30**

Prof. Paolo Danesino – Dott. Mike Maric

*La responsabilità professionale in odontoiatria:  
aspetti generali, clinici e valutativi.*

**ore 9,30-10,15**

Prof. Mario Bosco-Dott. Giacomo Chiappe  
*Occlusione ed ATM nella prospettiva  
protetica della riabilitazione orale  
multidisciplinare.*

**ore 10,15-11,00**

Prof.ssa Paola Gandini

*Visione clinica e prospettiva  
ortognatodontica nella riabilitazione orale  
multidisciplinare.*

**ore 11,00-11,15**

Coffee break

**ore 11,15-12,00**

Prof.ssa Silvana Rizzo

*Aspetti medico legali della chirurgia orale  
ed implantologica integrate nel piano di  
trattamento multidisciplinare.*

**ore 12,00-12,15**

Pausa

#### **II SESSIONE – Parte Pratica**

Moderatore:

Prof. Cesare Brusotti

Coadiutori nella parte pratica:

Dott. Giacomo Chiappe

Dott. Mike Maric

**ore 12,15-13,00**

*Discussione collegiale dei risvolti medico-legali  
di casi clinici trattati mediante riabilitazione  
orale multispecialistica ed esercitazioni pratiche  
sulle principali procedure di operatività clinica  
(cartella clinica, consenso informato, esami e  
manovre diagnostico-terapeutiche) che  
permettono allo specialista che opera nel team  
riabilitativo di evitare di incorrere in  
problematiche medico-legali.*

**ore 13,00-13,15**

Conclusioni,

Domande dei partecipanti e  
compilazione questionario ECM

#### **MODERATORE**

**CESARE BRUSOTTI**

già Prof. ordinario di Chirurgia Speciale  
Odontostomatologica  
Università degli Studi di Pavia

#### **RELATORI**

**MARIO BOSCO**

Prof. ordinario di Malattie Odontostomatologiche  
Università degli Studi di Pavia

**GIACOMO CHIAPPE**

Odontoiatra libero professionista

**PAOLO DANESINO**

Prof. ordinario di Medicina Legale  
Direttore della Scuola di Specialità in Medicina Legale  
Università degli Studi di Pavia

**PAOLA GANDINI**

Prof. ordinario Direttore Scuola di specializzazione  
in Ortognatodonzia  
Università degli Studi di Pavia

**MIKE MARIC**

Odontoiatra – Specialista in Ortognatodonzia  
MA in Odontologia Forense, Prof. a contratto presso la  
Scuola di Specialità in Medicina Legale  
Università degli Studi di Pavia

**SILVANA RIZZO**

Prof. ordinario Direttore Dipartimento di Discipline  
Odontostomatologiche Università degli Studi di Pavia

#### **RESPONSABILE SCIENTIFICO**

**Antonio Truscillo**

Responsabile Aggiornamento CAO Pavia

#### **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia

Via L. il Moro, 31 – 27100 PAVIA

Tel. 0382 473994/95/96 – Fax 0382 466254

E-mail: odm.bollettino@ordinemedicipavia.it



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA**

**“OCCLUSIONE E RIABILITAZIONE ORALE  
MULTIDISCIPLINARE:  
VISIONE CLINICA NELLE DIVERSE PROSPETTIVE  
SPECIALISTICHE E RISVOLTI MEDICO-LEGALI”**

**PAVIA - Sabato 26 marzo 2011**

Aula Magna  
Residenza Universitaria Biomedica  
S. Caterina da Siena – Via Giulotto, 12

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Da ritornare compilata in stampatello leggibile,

**ENTRO IL 24 MARZO 2011**

a Segreteria Organizzativa:

Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri  
di Pavia - Fax 0382 466254

Cognome .....

Nome.....

Indirizzo di residenza.....

Cap .....Città .....

Tel. fisso ..... Tel. cell.....

Fax .....

e-mail .....

**Dati personali indispensabili ai fini ECM**

Ente di appartenenza .....

Codice Fiscale .....

Luogo e data di nascita .....

Professione: .....

Specializzazione: .....

I DATI SARANNO TRATTATI IN CONFORMITA' ALLA LEGGE SULLA PRIVACY N. 675/96, ART. 13.  
SI CONCEDE INOLTRE L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER I FINI E.C.M.  
AI SENSI DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, n. 196 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.

Data ..... Firma .....