



Ordine provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
L'AQUILA

SERATE ODONTOIATRICHE 2026

Responsabile scientifico

Dott.ssa

Anna Claudia Iannessi

6 CREDITI ECM

ACCREDITATO ODONTOIATRI

Il ciclo di 3 incontri ha l'obiettivo primario di bilanciare la necessità di trattamenti estetico-funzionali (come faccette e riabilitazioni) con la sicurezza clinica del paziente affetto da patologie sistemiche, in particolare alterazioni dell'emostasi e neoplasie.

- **29 SETTEMBRE**
- **20 OTTOBRE**
- **17 NOVEMBRE**

✓ **Carmen Antonella De Cicco**

✓ **Luigi Di Fabio**

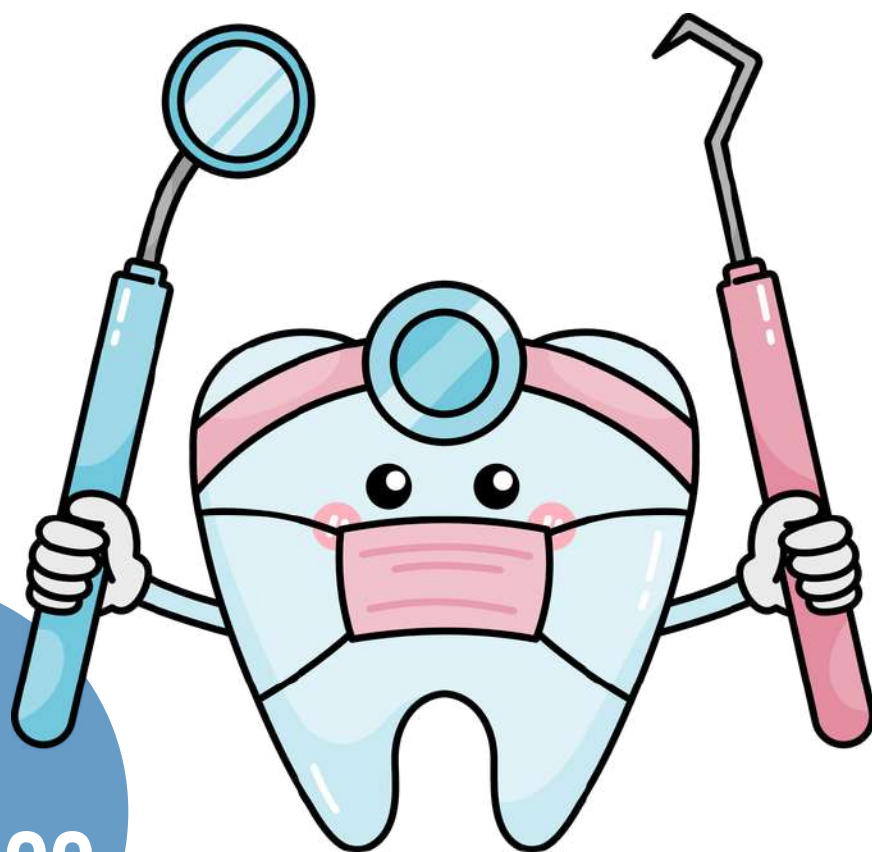
✓ **Maria Bruna Fulgenzi**

✓ **Umberto Giuliani**

✓ **Anna Claudia Iannessi**

ORE

19.00–21.00



Sala Convegni OMCeO L'Aquila

Via G.Gronchi, 16 – L'Aquila

SalaIrTi, Via G. Fontana– 6 – Avezzano



PROGRAMMA

MARTEDÌ 29 SETTEMBRE
AVEZZANO

18.45-Registrazione partecipanti

19.00 – **Il paziente odontoiatrico a rischio per patologie sistemiche: focus sulla gestione del paziente oncologico e con problemi dell'emostasi**

Dott. Umberto Giuliani

20.30- Discussione

20.45 – Questionario ECM

21.00- Fine lavori



MARTEDÌ 20 OTTOBRE
AVEZZANO

18.45-Registrazione partecipanti

19.00 – **Faccette dentali dalla diagnosi alla cementazione: protocolli clinici predicibili nella gestione del workflow adesivo**

Dott. ssa Carmen Antonella De Cicco

20.30- Discussione

20.45 – Questionario ECM

21.00- Fine lavori



MARTEDÌ 17 NOVEMBRE
L'AQUILA

18.45-Registrazione partecipanti

19.00 – **Le riabilitazioni complesse: tra corretta pratica clinica e responsabilità professionale**

Dott. Luigi Di Fabio, Dott.ssa Maria Bruna Fulgenzi, Dott.ssa Annacaludia Iannessi

20.30- Discussione

20.45 – Questionario ECM

21.00- Fine lavori



Provider FNOMCeO
n.2603 Evento n.
xxxx Ed.1
obiettivo formativo
n. 18

Segreteria Organizzativa
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri i L'Aquila
tel. 0862419475
email: segreteria@ordinemediciaq.it

L'evento è a titolo gratuito
Per partecipare registrarsi dalla
propria area riservata oppure
tramite sito www.ordinemediciaq.it
al seguente link **CLICCA QUI**



NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
DE CICCIO CERMEN ANTONELLA	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERO PROFESSIONISTA	<u>Master di II livello in Medicina estetica del Viso – teoria e pratica innovativa</u>
				Corso di protesi su denti naturali ed impianti
				Corso di Chirurgia Plastica Parodontale e Rigenerativa su denti e impianti
				Corso di Endodonzia Clinica
				Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; a rtt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a _____ Carmen Antonella De Cicco _____, consapevole che il “**conflitto d’interessi E.C.M.**” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☐ Docente
☐ Moderatore
☒ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell’art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell’Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ **di non avere avuto**, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ **di avere avuto**, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l’attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: ____07/07/2026____

Firma: _____ 

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
DI FABIO LUIGI	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERO PROFESSIONISTA	Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'università degli studi "La Sapienza" nel 1985 con votazione 110/11 O. Abilitazione professionale presso la stessa Università.
				Master di II livello in ; "ODONTOLOGIA FORENSE" presso l'Università degli Studi di Firenze Dir.Prof.Gian Aristide No-relli anno accademico 2008-2009
				Esercizio della professione di medico chirurgo odontoiatra dal 1986 ad oggi 2026 in qualità di titolare dell'omonimo studio professionale a Roma e ad Avezzano (AQ) Presidente della Commissione Albo Odontoiatri presso l'OMCeO della Provincia dell'Aquila dal 2009 ad oggi per il quadriennio 2025/ 2028 .. Membro dal 2009 ad oggi del Consiglio Direttivo dell 'OMCeO della Provincia dell'Aquila.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; a rt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a DI FABIO LUIGI, consapevole che il “**conflitto d'interessi E.C.M.**” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 30/06/2026

Firma:

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
MARIA BRUNA FULGENZI	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERO PROFESSIONISTA E ATTIVITA' CTU	<u>Perfezionamento in Ortodonzia</u>
				Perfezionamento in Gnatologia
				Master di Secondo Livello in Ortodonzia
				Perfezionamento biennale in Ortodonzia gruppo FACE

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a Maria Bruna Fugenzi, consapevole che il “**conflitto d’interessi E.C.M.**” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell’art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell’Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ **di non avere avuto**, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

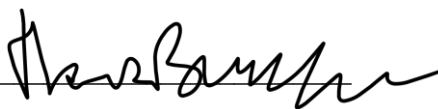
OPPURE

☐ **di avere avuto**, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l’attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 01/07/2026

Firma:



NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
UMBERTO GIULIANI	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	Chirurgia Orale, Patologia Orale, Medicina estetica del viso, Ortognatodonzia, Odontoiatria generale, Gestione del paziente complesso e “medically compromised”.
				Medicina estetica del viso (consulente).
				Master Internazionale Biennale di II Livello in Medicina Estetica e Terapia Estetica
				Scuola di specializzazione in Chirurgia Orale con votazione 70/70 con lode.
				Laurea magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria, con votazione 110/110 e lode

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; a rt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 “La formazione continua nel settore salute”- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a UMBERTO GIULIANI, consapevole che il "conflitto d'interessi E.C.M." è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 24/06/2026

Firma: Umberto Giuliani

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Anna Claudia Iannessi	odontoiatra	odontoiatria	Libera professione	<u>Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria</u> <u>Socia della Societa' Italiana di Parodontologia (SIDP) e della</u> <u>Societa' Italiana di Tecnica Bidimensionale (SI.Te.Bi.)</u>

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; a rt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a LAPOSSI ANNA CLAUDIA, consapevole che il "conflitto d'interessi E.C.M." è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☐ Docente
☐ Moderatore
☒ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 25/06/2024

Firma: