



**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI - CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI COSENZA E PROVINCIA**

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO ISTITUITO con D.L.C.P.S. 13 SETTEMBRE 1946 n. 233

PROGRAMMA

OGGETTO:

CORSO DEL 07/11/2026

"I CINQUE PROTOCOLLI F.I.R.S.T. - SEMPLICITÀ E PREDICIBILITÀ IN GBR"

8.30 Registrazione partecipanti

9.00 Obiettivi perseguiti (Moderatore Dr.ssa A. Olivito)

9.30 Triade della tecnica F.I.R.S.T.

- Fibrina sigillante: azione induttiva del fibrinogeno.
 - Azione adesiva, stabilizzante e impermeabilizzante.
 - Applicazioni in chirurgia muco-gengivale: fissazione di CTG senza suture.
 - Biomateriali dual-phase: azione induttiva e azione osteoconduttiva.
 - Osso suino collagenato.
 - Lamina corticale suina collagenata.
- (Dr. V. Foti)

10.30 Gestione degli alveoli post-estrattivi

- Classificazione e linee guida per il trattamento degli alveoli post-estrattivi.
 - Protocollo 1*: Preservazione Alveolare. "Over-Grafting" con effetto barriera. Nessuna membrana, nessuna sutura. Impianti differiti. Strumentario.
 - Protocollo 2*: "Lamina Shield". Ricostruzione di alveoli post-estrattivi compromessi per assenza di una o più pareti. Impianti immediati o differiti. Strumentario.
- (Dr. V. Foti)

11.30 Discussione (Moderatore Dr.ssa A. Olivito)

12.00 Pausa

12.30 Gestione dei difetti ossei orizzontali e verticali

- Classificazione e linee guida per il trattamento dei difetti ossei nei siti edentuli.
 - Disegno dei lembi, tecniche di passivazione, tecniche di sutura.
 - Protocollo 3*: GBR Orizzontale e GBR Verticale sino a 4 mm con impianti simultanei o differiti. Strumentario.
 - Protocollo 4*: One-Time Cortical Lamina. GBR vestibolare a impianti simultanei senza rientro per la loro scopertura. Strumentario.
 - Protocollo 5*: GBR Verticale > 4 mm con impianti simultanei o differiti. Strumentario.
- Gestione delle complicanze dopo tecnica F.I.R.S.T.
- Infezioni
 - Deiscenza dei lembi
- (Dr. V. Foti)

14.00 Discussione finale (Moderatore Dr.ssa A. Olivito)

14.30 Verifica finale

15.00 Conclusioni e chiusura lavori

Sede dell'Evento:

**Sala Convegni dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Cosenza
Via Suor Elena Aiello 23 – 87100 Cosenza – Tel. 0984/412841**

87100 COSENZA - Via Suor Elena Aiello, 23 - Tel. 0984 412841

Codice Fiscale: 80000030785

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
VINCENZO FOTI	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	STUDIO PROFESSIONALE - LAUREA IN ODONTOIATRIA

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;



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 Foti Vincenzo, 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: 17/08/2026

Firma: 

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
ALESSANDRA OLIVITO	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	STUDIO PROFESSIONALE - LAUREA IN ODONTOIATRIA

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;



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

La sottoscritta Alessandra Olivito, 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: 23/06/26

Firma: 