

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

Odontostomatologia Speciale Pediatrica  
Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

- Firenze

Responsabile

Dott.ssa Roberta D'Avenia

e-mail: [r.davenia@meyer.it](mailto:r.davenia@meyer.it)

Evento organizzato in collaborazione con  
**S.I.O.H. - Società Italiana di  
odontostomatologia per l'handicap**  
([www.sioh.it](http://www.sioh.it))

Crediti E.C.M. n.6 nel 2014  
(subordinati alla compilazione del  
questionario di gradimento ed  
apprendimento)

### 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
- ☞ Laureati in Igiene Dentale

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SETTORE FORMAZIONE

Sig.<sup>ra</sup> Roberta Latragna

Viale Pieraccini n. 24, 50139 Firenze

Fax. 055 5662613

e-mail: [r.latragna@meyer.it](mailto:r.latragna@meyer.it)

- Iscrizione obbligatoria tramite scheda allegata
- Quota iscrizione 50 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 ma iscrizione obbligatoria



**Azienda Ospedaliero  
Universitaria Meyer**  
Provider E.C.M. Decreto Dirigenziale  
n° 5139/2010



**IV Giornata Toscana  
S.I.O.H.**

**Venerdì 9 maggio 2014**

**Aula Magna 2° piano**

## Odontostomatologia e Sindromi genetiche

ore 08.30 *Registrazione partecipanti*

ore 09:00 **Saluto del Direttore Generale  
A.O.U. Meyer e delle Autorità SIOH**

09:30-10:30: **Sindromi genetiche di  
interesse in odontostomatologia**  
Dr.ssa E. Lapi

10:30-11:30: **Anomalie dentali e  
Scheletriche nelle Sindromi genetiche**  
Dott.ssa P. Armi

ore 11:30- 11.45 : **Coffee Break**

11:45-12:30 : **Aspetti cardiologici nelle  
Sindromi genetiche**  
Dott. G. Calabri

12.30-13:15 : **Sindrome da Ipoventilazione  
Centrale Congenita**  
Dott. R. Piumelli

ore 13:30-14:30 : **Lunch**

14:30-15:00 : **La Sindrome di Prader Willi:  
implicazioni odontostomatologiche**  
Prof.ssa M.R. Giuca

15:00-15:30 : **Cura e custodia del paziente  
affetto da malattia genetica e della sua  
famiglia**

Dott.ssa R. D'Avenia

15:30-17:30 : **Comunicazioni libere**

ore 17:30 : **Conclusioni e compilazione  
questionario apprendimento e ECM**

### DOCENTI

**Dott.ssa E. Lapi** Dirigente Medico  
Genetica medica A.O.U. Meyer

**Dott.ssa P. Armi:** Odontoiatra A.O.U.  
Meyer

**Dott. G. Calabri:** Dirigente Medico  
Cardiologia Pediatrica A.O.U. Meyer

**Dott. R. Piumelli:** Responsabile Centro  
Regionale di Riferimento per lo Studio e  
la Prevenzione della SIDS A.O.U. Meyer

**Prof.ssa M.R. Giuca:** Professore  
Associato Università degli Studi di Pisa

**Dott.ssa R. D'Avenia:** Direttore SOD  
Odontostomatologia Speciale Pediatrica  
A.O.U. Meyer

Scheda di iscrizione

**4° Giornata Toscana S.I.O.H.**  
da inviare via fax, numero 055 5662613, entro il  
**30 aprile 2014**

Nome e Cognome

Via/Piazza

C.A.P.

Città

(Prov.)

Tel.

Fax.

e-mail

Data e Luogo e provincia di nascita

Professione e specializzazione ai fini ECM

Codice fiscale

Ente di appartenenza e sede lavorativa  
**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.