



"IL DOLORE IN ODONTOSTOMATOLOGIA: DALLA SUA COMPrensIONE, LA VIA PER GESTIRLO "

Evento formativo – Giornata di aggiornamento clinico-scientifico
7 MARZO 2026 - DENTAL SCHOOL TORINO



OBIETTIVO DELL'EVENTO

Comprendere le basi fisiopatologiche del dolore in ambito odontostomatologico e approfondire le tecniche più efficaci per la sua valutazione e gestione, sia in fase intra sia e post-operatoria. Particolare attenzione sarà dedicata al trattamento del dolore in pazienti oncologici e nelle patologie delle mucose orali.

PROGRAMMA DELLA GIORNATA

8,30- 9,00 : Registrazione partecipanti

9:00- 9,15: Saluto autorità

9:15- 9:45: Fisiopatologia del dolore- Prof. S. Baldovino

9:45- 10:15 : La gestione del dolore nel paziente oncologico- Dott.ssa A. Bertola

**10:15-10:45: Il controllo del dolore intra-operatorio: gli anestetici locali-
Dott. M. Carbone**

10:45- 11:15 : Coffee Break

**11:15- 11:45 : Il controllo del dolore post-operatorio: gli analgesici-
Prof. PG Arduino**

**11:45- 2:15: La valutazione del dolore nella ricerca scientifica-
Prof. G. Migliaretti**

**12:15- 12:45: Terapie locali di supporto nella gestione del dolore nelle malattie
delle mucose orali- Dott.ssa P. Carcieri**

EVENTO GRATUITO rivolto a Odontoiatri, Medici Chirurghi, Igienisti Dentali, interessati alla gestione del dolore in ambito odontostomatologico

INFORMAZIONI UTILI :

Sede evento: AULA MAGNA DENTAL SCHOOL , via Nizza n.230 Torino, terzo piano.

Evento accreditato n. 469325 - **CREDITI ASSEGNATI 4 PER I PRIMI 100 ISCRITTI.**

Per iscrizioni compilare e completare tutti i campi il modulo di iscrizione di seguito.

Comitato Scientifico : Dott. A. Gambino, Dott. D.Conrotto, Prof. Paolo G. Arduino, Dott.ssa P. Carcieri.

CON IL PATROCINIO DI



**MODULO D'ISCRIZIONE**

COGNOME: _____ NOME: _____

PROFESSIONE /QUALIFICA (laurea in): _____

SPECIALIZZAZIONE (ev.): _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV.: _____

TEL.: _____

E-MAIL: _____

CODICE FISCALE: _____

Il sottoscritto _____

in qualità di partecipante all'evento ECM ID _____

Denominato IL DOLORE IN ODONTOSTOMATOLOGIA: DALLA SUA COMPrensione
LA VIA PER GESTIRLO dichiara di essere stato reclutato* (barrare):☐ Sì, da _____
(indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)☐ NO☐ Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.

*ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

Data _____

Firma _____

Inviare per e-mail a centrocorsi@edizionimartina.com