

# RELATORE

## Dr. Daniel Rollet

Diplomato in chirurgia dentale (Strasburgo). Specialista qualificato in Ortopedia Dento-Facciale (Diploma CECSMO - Strasburgo). Trasferito a PONTARLIER da luglio 1982.

Incaricato dei corsi alla Facoltà dentale di Strasburgo. Presidente della Società Bioprogressiva di RickettsFrancese (dal 1995 al 2001) e membro della S.B.R. Titolare del certificato di "Excellence en Ortodontie".

Membro del comitato organizzativo dei J.O. (Giornate di Ortodonzia). Esperto in materia di Sicurezza Sociale e Giudiziaria presso la Corte d'Appello di Besancon. Membro eletto al Consiglio Dipartimentale e Regionale dell'Ordine dei Chirurghi-dentisti di Doubs (Vice-Presidente). Membro eletto del "Bureau National du Syndicat des Specialistes in Ortopedia Dento-Facciale". Istruttore nei gruppi di studio di CERTOB con M. Carl GUGINO e Michel DELAMAIRE. Membro dell'AGORA (gruppo di ricerca sul posizionamento elastico). Membro titolare della Società Francese O.D.F. Membro del Comitato organizzativo della W.F.O. 2005. Membro del Bureau National de la F.F.O. (Federazione Francese di Ortodonzia) e del Comitato Organizzativo dei J.O.



**Per espressa volontà del Relatore è VIETATO VIDEORIPRENDERE IL CORSO. Si ringrazia per la gentile collaborazione.**

# INFORMAZIONI

## SEDE DEL CORSO

 SALA CORSI DENTITALIA  
Bari · Via P. La Rotella 2/a  
Tel. 080.5348883 · Fax 080.5348738  
info@dentitalia.it · www.dentitalia.it  
Informazioni: Sig.ra Patrizia Ronga

## ACCREDITAMENTO ECM

Il Provider ha attribuito 14 crediti formativi. L'evento formativo è rivolto ad Odontoiatri e Chirurghi Maxillo-facciali. Si rende noto che ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM e relativo invio dell'attestato è obbligatorio:

- aver preso parte all'intero evento formativo (100% del monte ore totale)
- aver compilato la documentazione in ogni sua parte
- aver superato il questionario di valutazione ECM (soglia di superamento del questionario 75%).

Non sono previste deroghe a tali obblighi.

Il partecipante è tenuto inoltre a rispettare l'obbligo di reclutamento diretto fino ad un massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento (2011-2013).

## QUOTA DI ISCRIZIONE

€ 350,00 + IVA  
€ 250,00 + IVA - ex corsisti Dr. Rollet  
€ 150,00 + IVA - neolaureati

La quota di iscrizione da diritto a: partecipazione alle sessioni scientifiche, kit congressuale, coffee break e lunch. La scheda di iscrizione (tutti i campi sono obbligatori) dovrà essere inviata unitamente alla copia di avvenuto pagamento alla Segreteria Organizzativa via fax o via email.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario intestato a: Dental Campus srl  
Banca delle Marche Filiale 319 - Castelferretti  
IBAN: IT84 R 06055 37351 000000002258  
Causale: CORSO ROLLET 2016 seguito da nome e cognome

## PROVIDER

DENTAL CAMPUS srl  
Provider n. 2760  
Via del Consorzio, 39 - 60015 Falconara (AN)  
Tel. +39 071 918469 - Fax +39 071 9162845  
segreteria@dentalcampus.it  
www.dentalcampus.it

Con il contributo non condizionante di



# La Rieducazione Funzionale Ortodontica nel Bambino

## 15-16 aprile 2016

BARI  
Sala Corsi Dentitalia

RELATORE  
Dr. Daniel Rollet



## PROGRAMMA

Quanto prima si interviene, più la psicologia del paziente si adatta ai nostri concetti. Più tardi si agisce, tanto più è il nostro concetto ortodontico che deve adattarsi al paziente. (C. Gugino)

L'intercettiva consente di semplificare il trattamento ortodontico, permette una crescita armoniosa senza costrizioni, riduce il numero di estrazioni ed aumenta la stabilità del trattamento nel tempo. Se si modifica la funzione grazie alla rieducazione del comportamento, si modificherà la forma.

### ORARI VENERDÌ E SABATO

**08.30** Registrazione partecipanti

**09.00** Inizio corso

**13.30** Lunch presso Dentitalia

**18.00** Fine lavori

## CONCLUSIONI

Il Perfezionamento dell'educazione funzionale nell'ultimo decennio ha reso questo tipo di terapia uno strumento di straordinaria efficacia nella gestione dei trattamenti ortodontici. Sfruttando correttamente il potenziale di crescita, si riducono i tempi di una eventuale terapia fissa, si risolvono i problemi funzionali e si assicura grande stabilità ai risultati ottenuti.

### Perché l'educazione funzionale?

Un concetto di sblocco (funzionale, meccanico, psicofisiologico).

### Le azioni della rieducazione funzionale

Abitudini: Deglutizione, respirazione, tono muscolare, postura, masticazione.

### Gli strumenti della rieducazione funzionale

Schermi buccali - Educatori Funzionali 1, 2, 3  
EF Trainer EF Start - EF Brace - EF Guide  
EF Protect - EF III Classi

### Presentazione del caso

Presentazione dei casi trattati mediante la rieducazione funzionale.

### Messa in atto alla Poltrona

Presentazione degli strumenti della rieducazione funzionale.

### Occlusione funzionale

Criteri funzionali per una occlusione individuale.

Presentazione di casi trattati con elastoposizionatori.

### Meccaniche individualizzate

Ottenere una occlusione funzionale.  
Gli sblocchi chiave di qualità e stabilità.

### Trattamenti in due fasi

Presentazione di casi di rieducazione funzionale in uno schema terapeutico.

### Una esperienza riuscita

La messa in opera alla Poltrona.

### Una comunicazione adeguata indispensabile

I supporti indispensabili: orali, scritti, immagini, DVD, CD ROM di motivazione.

### Dalla rifinitura alla contenzione

Una sfida funzionale ed estetica. Il momento, le strategie, i mezzi.

### Presentazione dei casi

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare compilata in stampatello a:

**DENTAL CAMPUS srl**

Fax +39 071 9162845 - segreteria@dentalcampus.it

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Qualifica  Odontoiatra  Chirurgo Maxillo Facciale

### Indicare la modalità di pagamento:

Corsista  
**€ 427,00** IVA inclusa

ex Corsista Dr. Rollet  
**€ 305,00** IVA inclusa

Neolaureati  
**€ 183,00** IVA inclusa

Bonifico Bancario intestato a: Dental Campus srl  
Banca delle Marche Filiale 319 - Castelferretti  
IBAN: IT84 R 06055 37351 000000002258  
Causale: **CORSO ROLLET 2016** seguito da nome e cognome

### Dati per la fatturazione

Intestazione fattura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

P. Iva \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza e di aver richiesto ed ottenuto l'autorizzazione a partecipare all'evento.

Dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria, e/o di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_