

26-27-28.03.2026

Etruria Medical Center, Civita Castellana (VT)



Dott. Luigi Gallo

Implantologia moderna: corso e attività su paziente



Via Francesco Petrarca, snc (Cittadella della Salute)

01033 Civita Castellana VT

Tel 0761 514237

www.etruriamedical.it - etruriamedical@gmail.com

Profilo del relatore



Dott. Luigi Gallo

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata nell'anno accademico 2003/2004.

Abilitato all'esercizio della professione presso l'Università di Roma Tor Vergata nel giugno 2005 con votazione di 60/60.

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di Viterbo al numero 198 dal 29/06/2005.

Frequenta il Master "Advanced Techniques and Biological Aspects in Implantology" presso University of Medicine and Dentistry of New Jersey (USA).

Da Aprile 2004 a Luglio 2005 svolge attività di formazione professionale presso il reparto di Chirurgia Odontostomatologica del Policlinico di Tor Vergata, sotto la direzione del Prof. Leonardo Calabrese.

Perfezionato in Chirurgia Orale ed in Implantologia presso University of Medicine and Dentistry of New Jersey-USA nel 2006, e presso Universidade de Guarulhos, Sao Paulo-Brazil nel 2007.

Dal 2004 affianca il Prof. Glauco Marino nell'attività didattica in Protesi Mobile Totale e Parziale su tutto il territorio nazionale, e nell'attività libero professionale.

Autore del testo "Moderno trattato di Protesi mobile completa", ed. Martina.

Professore a contratto dal 2019 presso l'Università di Odontoiatria e Protesi Dentaria di Pavia.

Relatore in numerosi corsi di formazione professionale in protesi e chirurgia implantare.

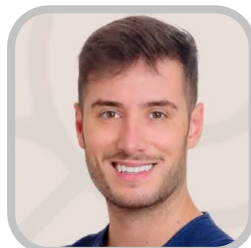


Tutors



Dott. Nicolò Paoli

Dott. Mario Alberti



Abstract

Il corso è concentrato su posizionamenti di impianti con tematiche post estrattive, piccola GBR, tecniche di rialzo del seno con approccio crestale (Mise), gestione dei tessuti molli.

Saranno garantiti, minimo 2, massimo 3 interventi a partecipante, secondo la capacità dell'operatore che verrà valutata insindacabilmente dal relatore. Il corso prevede una breve sessione teorica, che ha lo scopo di guidare i partecipanti alla comprensione dei principi fondamentali per un corretto posizionamento tridimensionale dell'impianto nello spazio, al fine di ottenere una riabilitazione estetica, funzionale e stabile nel tempo. Dopo un focus sul campo sterile e il suo mantenimento, il relatore condurrà ogni singolo partecipante verso l'attività pratica su paziente approcciando casi di media complessità ma di quotidiana incidenza sulla pratica quotidiana, come: posizionamenti implantari post-estrattivi e differiti, piccole procedure di GBR, tecniche di rialzo del seno con approccio crestale (Mise), prelievi e innesti di connettivo, Socket Preservation e gestione dei tessuti molli. I corsisti impareranno a valutare il sito implantare e a inserire gli impianti nei tre piani dello spazio in modo protesicamente guidato, rispettando le strutture anatomiche e favorendo l'integrazione armonica con gli elementi dentari contigui.

Gli studenti lavoreranno a coppie, in un clima di collaborazione e confronto. Ogni intervento sarà preceduto da adeguata discussione e pianificazione del caso clinico, dalla preparazione delle postazioni di lavoro, dall'accoglienza dei pazienti e dalla corretta preparazione degli operatori. Alla fine di ogni sessione è previsto un momento di confronto tra operatori e con il tutor per focalizzare criticità e domande, per trarre il massimo dall'esperienza pratica.

Note per i partecipanti

Ogni partecipante dovrà portare con sé:

- Camice personale e calzature medicali.

Le quote comprendono:

- La partecipazione al corso;
- Lunch nei giorni del corso
- Dinner del venerdì



■ PRIMO GIORNO

- 08.30 Registrazione partecipanti
- 09.00 Sessione teorica sulle tecniche chirurgiche che verranno affrontate durante le live surgery
- 11.00 Coffee break
- 11.30 Esercitazione di campo sterile
- 12.00 Studio dei casi della sessione pomeridiana
- 13.30 Lunch break
- 14.30 Preparazione delle postazioni di lavoro, accoglienza dei pazienti, preparazione degli operatori
- 15.00 Sessioni chirurgiche. Una coppia di corsisti per ciascuna chirurgia
- 19.00 Briefing di fine sessione

■ SECONDO GIORNO

- 08.30 Studio dei casi della sessione mattutina
- 09.00 Preparazione delle postazioni di lavoro, accoglienza dei pazienti, preparazione degli operatori
- 09.30 Sessioni chirurgiche. Una coppia di corsisti per ciascuna chirurgia
- 13.00 Lunch break
- 14.00 Studio dei casi della sessione pomeridiana
- 14.30 Preparazione delle postazioni di lavoro, accoglienza dei pazienti, preparazione degli operatori
- 15.00 Sessioni chirurgiche. Una coppia di corsisti per ciascuna chirurgia
- 19.00 Briefing di fine sessione
- 20.00 Cena

■ TERZO GIORNO

- 08.30 Studio dei casi della sessione mattutina
- 09.00 Preparazione delle postazioni di lavoro, accoglienza dei pazienti, preparazione degli operatori
- 09.30 Sessioni chirurgiche. Una coppia di corsisti per ciascuna chirurgia
- 13.00 Lunch break
- 14.00 Studio dei casi della sessione pomeridiana
- 14.30 Preparazione delle postazioni di lavoro, accoglienza dei pazienti, preparazione degli operatori
- 15.00 Sessioni chirurgiche. Una coppia di corsisti per ciascuna chirurgia
- 16.00 Briefing finale e consegna degli attestati di partecipazione

Informazioni generali

Segreteria organizzativa:

mail: etruriamedical@gmail.com - tel. 0761 514237 - mobile 334 2514420

Calendario degli incontri:

Giovedì 26, dalle 08:30 alle 19:00

Venerdì 27, dalle 08:30 alle 20:00 - a seguire la cena

Sabato 28 marzo 2026, dalle 08:30 alle 16:30

Modalità d'iscrizione: Le iscrizioni devono pervenire alla Segreteria Organizzativa entro 15 giorni dalla data di inizio del corso e saranno accettate sulla base dell'ordine cronologico di arrivo. Le iscrizioni saranno ritenute valide solo se accompagnate dalla ricevuta di avvenuto pagamento. In caso di mancata partecipazione, verrà effettuato un rimborso pari al 50% della quota di iscrizione (IVA compresa) solo se la disdetta scritta sarà pervenuta alla Segreteria entro e non oltre 7 giorni dallo svolgimento dell'evento, a mezzo raccomandata A/R o via PEC.

Quota di iscrizione: € 3.000,00 + IVA

Numero massimo partecipanti: 8

Crediti ECM: 40

Modalità di pagamento:

il pagamento dovrà avvenire al momento dell'iscrizione. La fattura del saldo verrà inviata al momento del ricevimento di quest'ultimo.

Carta di credito VISA - MASTER CARD Autorizzato al prelievo di €

Intestata a

n..... Data di scadenza (mm/aa)

Codice di sicurezza Firma per autorizzazione al prelievo

Bonifico bancario - copia in allegato - effettuato a favore di ETRURIA MEDICAL CENTER SRL, IBAN: ITO6K0103073030000000461708. Riportare nella causale il cognome del partecipante.

Assegno bancario allegato alla presente - non trasferibile intestato a: ETRURIA MEDICAL CENTER SRL, Causale: Nome Cognome Codice corso

Pagodil e Compass



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28.12.2000**

CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA SU PAZIENTE
Dott. Luigi Gallo

Dr /D.ssaNato/a a.....Il.....
Residente ain via..... n. civico.....
è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- di essere nata/o a.....Il.....
- di essere residente nel comune di.....in via..... n.....
- di essere cittadina/o.....
- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i:

☐ di studio ☐ di qualifica ☐ di specializzazione ☐ di abilitazione
☐ di formazione ☐ di aggiornamento

- di essere iscritti all'Ordine dei Medici della Provincia di.....
dal..... matricola nr.....
- di aver stipulato una polizza di assicurazione RC professionale con
copertura valida in Italia, con estensione a implantologia e danni
fisiognomici.....
- di possedere il seguente numero di codice fiscale/individuale.....
- di possedere il seguente numero di Partita I.V.A.

Data

Firma

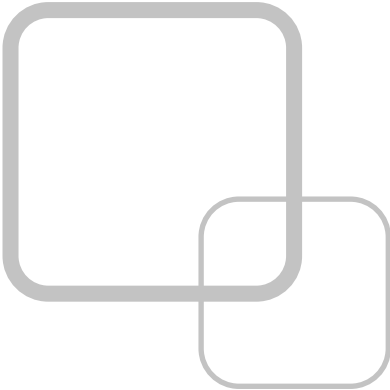
I dati personali raccolti con il presente documento verranno trattati in conformità al regolamento europeo 679/2016 e al d.lgs 196/2003 come modificato dal d.lgs 101/2018 per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa disponibile nel sito www.etruriamedical.it

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.
Con la presente sottoscrizione il partecipante dichiara e garantisce la veridicità e autenticità dei documenti richiesti esonerando, pertanto, la società da ogni responsabilità in merito a dichiarazioni false e/o mendaci in essa contenute.



Note

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dotted lines.





Via Francesco Petrarca, snc (secondo piano della Cittadella della Salute)
01033 Civita Castellana VT
Tel 0761 514237