



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

**Convegno:**

**EFFICENZA MASTICATORIA, SALUTE E QUALITÀ DELLA VITA:  
IL RUOLO DELL'ODONTOIATRA**

**Martedì 31 marzo 2026**

**Sala Conferenze OMCeO Venezia - Via Mestrina 86 Mestre**

20.00 Registrazione dei partecipanti

20.15

Saluti del Presidente OMCeO Venezia

Saluti del Presidente CAO Giuliano Nicolin

20.15-20.20 *Introduce e Modera*

**Dott. Luca Donolato**

Segretario Commissione Albo Odontoiatri OMCeO Venezia - Odontoiatra

**Dott. Nicolin Giuliano**

Presidente CAO OMCeO Venezia – Medico Chirurgo - Odontoiatra

20.20-21.50 *Efficienza masticatoria, salute e qualità della vita: il ruolo dell'Odontoiatra*

**Dott. Massimo Fuzzi**

Odontoiatria

- Definizione e valutazione dell'efficienza masticatoria e della qualità della vita
- Correlazioni fra problematiche di salute generale ed efficienza masticatoria
- Correlazioni fra efficienza masticatoria e problematiche di salute generale
- Correlazioni fra stili di vita, età, abitudini alimentari ed efficienza masticatoria
- Le parafunzioni
- Il ruolo del dentista

21.50-22.20 *Discussione*

22.20-22.30 *Questionario ECM e qualità percepita*

*Responsabile scientifico dr. Luca Donolato*


---

Destinatari dell'attività formativa: Odontoiatri e Medici-Chirurghi (tutte le discipline)

50 posti disponibili

19/07/2024

## INFORMAZIONI PERSONALI Dott. Luca Donolato

 CORSO EUROPA 173, 30014 CAVARZERE (VE)

 3466973951

 [l.donolato@gmail.com](mailto:l.donolato@gmail.com)

Sesso maschile | Data di nascita 24/05/1988 | Nazionalità italiana

POSIZIONE PER LA QUALE SI  
CONCORRE

**Attività di collaborazione in protesi fissa e mobile, chirurgia orale e  
parodontologia, implantologia e riabilitazione gnatologica**

ESPERIENZA  
PROFESSIONALE

Da Agosto 2017 Socio presso ODONTOIATRIA CAVARZERE SRL  
Via Fratelli Rosselli 2 30014 Cavarzere (VE)

Da gennaio 2013 **COLLABORAZIONE**  
Studi dentistici Mainardi dott. Giuseppe  
Cavarzere, via aldo moro 26, tel e fax 0426 - 52130  
Ariano Polesine, corso del popolo 76\A, tel 0426 - 372040

ISTRUZIONE E FORMAZIONE  
2022**MASTER IN ORTODONZIA INVISIBILE**

Direttore: Prof Antonio Gracco

Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA

2018 - 2020 **MASTER IN SCIENZE ORTODONTICHE TECNICA AD ARCO DRITTO**

Direttore: Prof Antonio Gracco

Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA

2018 **IMPLANTOLOGIA DI BASE**

Prof Tiziano Testori - Lake Como Institute

2017 **PUBBLICAZIONE ARTICOLO SCIENTIFICO**

**Valutazione dell'efficacia dell'apicectomia eseguita con il microscopio: studio retrospettivo**

Christian Bacci, Luca Donolato, Alessia Cerrato, Gastone Zanette

2017 **CORSO RIABILITAZIONE NEURO OCCLUSALE ORTOFUBICON**

Dott. Confaloni Angelo

La Riabilitazione Neuro Occlusale applicabile sia all'ortodonzia con gli apparecchi funzionali del prof. Planas sia alla protesi con le piste di Patterson

- Novembre 2016 TUTTO QUELLO CHE C'E' DA SAPERE SULL'OCCLUSIONE  
Dott. Mauro Fradeani – ACE INSTITUTE Pesaro
- 2016 CORSO ANNUALE DI PARODONTOLOGIA  
Dott. Diego Longhin
- Aprile - Ottobre 2015 CORSO DI PROTESI FISSA SU DENTI NATURALI  
Dott. Mauro Fradeani – ACE INSTITUTE Pesaro
- Settembre 2014 – Settembre 2015 (12 mesi) CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN ODONTOIATRIA OSPEDALIERA  
Direttore: prof. M. Berengo  
Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA
- Agosto 2014 PUBBLICAZIONE ARTICOLO SCIENTIFICO  
**A comparison between histologic and clinical diagnoses of oral lesions.**  
BACCI C, DONOLATO L, STELLINI E, BERENGO M, VALENTE M.  
Quintessence Int. 2014;45(9):789-94. doi: 10.3290/j.qi.a32440
- Da febbraio 2014 FREQUENZA DEL REPARTO DI CHIRURGIA ORALE  
Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA
- Gennaio 2013 – Gennaio 2014 (12 mesi) CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN CHIRURGIA ORALE  
Direttore: prof. M. Berengo  
Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA  
Lo scopo del corso è di introdurre i corsisti alla disciplina della chirurgia orale. Il corso è composto da una parte clinica e da una parte teorica (lezioni, revisione della letteratura, presentazione e discussione dei casi clinici), che permetteranno di guidare i corsisti attraverso diagnosi, piano di trattamento e terapia delle patologie di pertinenza. Durante il periodo di formazione al corsista verranno riservate delle lezioni per acquisire le tecniche di Basic Life Support con Defibrillatore (BLS-D) Rianimazione Cardio Polmonare, tenute da un istruttore nazionale (I.R.C.). (Corso di rianimazione blsd già superato in data 11/05/13)
- Settembre 2011 – settembre 2012 (12 mesi) U.O. Pedodonzia - Castelfranco Veneto  
Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA  
Il Servizio di Odontoiatria Pediatrica è sito presso i locali del Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto, si occupa della cura e della prevenzione delle patologie oro- dentali del bambino.
- 2007 - 2012 ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA  
Universita' degli Studi di PADOVA - Facolta' di MEDICINA e CHIRURGIA
- Laurea specialistica a ciclo unico (5 anni) con punteggio 110/110 e lode. Titolo della tesi " A comparison between histological and clinical diagnosis in oral pathology", relatrice prof.ssa Valente Marialuisa, correlatore Dott. Bacci Christian
- 2007 Diploma secondario: MATURITA' SCIENTIFICA  
Istituto di Istruzione superiore Liceo Scientifico "Galileo Galilei", Via Maddalena, 24 - 45011 Adria (RO)
- Voto: 92/100

## COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre Italiano

Altre lingue

Inglese

COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
B2	B2	B2	B2	B2

Livelli: A1/2 Livello base - B1/2 Livello intermedio - C1/2 Livello avanzato  
Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue

## ULTERIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni

Dati personali Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR

ALLEGATI

18/07/2024

Dott. Luca Donolato

## CURRICULUM VITAE

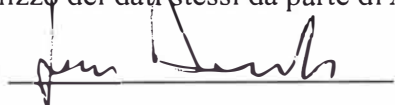
### ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”,

#### AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: \_\_\_\_\_



### AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

Docente

Moderatore

Relatore

Tutor / formatore

Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

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 formativo.

Firma: \_\_\_\_\_



Data e luogo di sottoscrizione: \_\_\_\_\_

V3M321A, 10/02/26

## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **Nome(i) Cognome(i)** GIULIANO NICOLIN

Indirizzo(i) N

Telefono(i)

Fax

E-mail giulianonicolin@gmail.com

Cittadinanza ITALIANA

Data di nascita 15/05/1961

Sesso M

**Occupazione** ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

### Esperienza professionale

Principali attività e responsabilità PRESIDENTE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI OMCeO VENEZIA

### Istruzione e formazione

Titolo della qualifica rilasciata LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA 1988

Principali tematiche/competenze professionali possedute SPECIALITA' ODONTOIATRIA 1991

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione UNIVERSITA' DI PADOVA

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

**FIRMA**



## CURRICULUM VITAE

### ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”,

#### AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: 

### AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

Docente

Moderatore

Relatore

Tutor / formatore

Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

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 formativo.

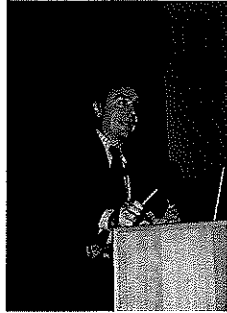
**Firma:** 

**Data e luogo di sottoscrizione:** VEREZZA

20/02/2026



## Curriculum Vitae Europass



### Informazioni personali

**Nome / Cognome** Massimo Fuzzi  
**Indirizzo** Piazza di Porta Mascarella, 7  
**Telefono** 051/240651  
**Fax** 051/240513  
**E-mail** fuzzi@centromascarella.it  
**Cittadinanza** Italiana  
**Data di nascita** 18/01/1953 C.F.FZZMSM53A18C357J  
**Sesso** Maschio

### Esperienza professionale

**Date** Dal 1978 ad oggi.  
**Lavoro o posizione ricoperti** Libero professionista limitatamente all'Odontoiatria restaurativa a Bologna.

**Date** Dal 1986 al 1994  
**Lavoro o posizione ricoperti** Professore a contratto di Protesi Fissa presso il Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Bologna.

**Date** Dal 2000 al 2008  
**Lavoro o posizione ricoperti** Professore a Contratto di Odontoiatria Ricostruttiva presso il Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Siena.

**Date** Dal 2015 ad oggi  
**Lavoro o posizione ricoperti** Professore a Contratto di Discipline Odontostomatologico - Protesiche al corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Siena.

### Istruzione e formazione

**Date** 1978  
**Titolo della qualifica rilasciata** Laurea con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna.

**Date** 1981  
**Titolo della qualifica rilasciata** Licence en Medecine Dentaire (L.M.D.) presso l'Università di Ginevra.

**Date** 1985  
**Titolo della qualifica rilasciata** Specialista con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Bologna.

**Capacità e competenze personali**Madrelingua **Italiano**

Altre lingue

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

**Francese****Inglese****Spagnolo**

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
OTTIMO	OTTIMO	OTTIMO	OTTIMO	OTTIMO
BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO

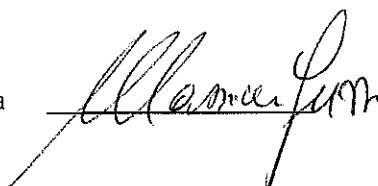
(\*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue

Allegati Pubblicazioni (Pag.5).

Il sottoscritto, consapevole che, le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara che le informazioni riportate nel seguente curriculum vitae redatto in formato europeo, corrispondono a verità. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel CV ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE2016/679).

Data 04/02/2020

Firma



## CURRICULUM VITAE

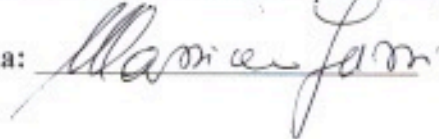
### ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

#### AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:



### AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

- Docente
- Moderatore
- Relatore
- Tutor / formatore
- Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accredimento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

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:

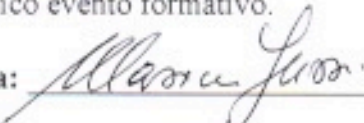
---

---

---

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 formativo.

Firma:



Data e luogo di sottoscrizione:

Bolzano 6.2.2026