

**PROGETTISTA E RESPONSABILE  
SCIENTIFICO DEL CORSO**

Marco Trucco, *Referente formazione  
Presidio Sanitario San Camillo di Torino*

**DOCENTE**

Giulio Barbero, *Fisioterapista*

**SEGRETERIA ECM e ORGANIZZATIVA**

Alessia Donati

TELEFONO: 0118199555 - 3346151681

FAX: 011 8199431

ORARIO: Lunedì - Venerdì 9.00/17.00

EMAIL:

segreteria.formazione.torino@camilliani.net

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE**

Inviare la scheda di iscrizione allegata al pieghevole alla Segreteria Organizzativa del Presidio Sanitario San Camillo ed effettuare il bonifico a conferma avvenuta

DESTINATARI: *Il corso è rivolto ai Fisioterapisti*

AREA TEMATICA: *Area riabilitazione*

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

280,00 euro

Pagamento attraverso bonifico bancario

Fondazione Opera San Camillo  
BANCA INTESA SAN PAOLO  
IBAN IT28R0306909606100000073035



**PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO**

Strada S. Margherita, 136 Torino

Tel. 011 8199.411

Fax. 011 8199.431

[www.sancamillotorino.net](http://www.sancamillotorino.net)

**“RIABILITAZIONE  
DEI DISORDINI  
TEMPORO-MANDIBOLARI:  
UN APPROCCIO EBP”**

**DATE DEL CORSO  
12-13 NOVEMBRE 2022**

**SEDE DEL CORSO  
Presidio Sanitario San Camillo**

*Corso ACCREDITATO ECM*

*Provider Provincia Piemontese Ordine Chierici  
Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani)*

## OBIETTIVI DEL CORSO

Il corso sarà incentrato sull'anatomia funzionale dell'apparato cranio-cervico-mandibolare, con particolare focus sulla biomeccanica della masticazione e deglutitoria.

La valutazione approfondirà i principi dei Diagnostic Criteria of Temporomandibular disorders DC-TMD per l'inquadramento clinico e verranno fornite delle proposte terapeutiche rivolte ai tessuti molli e articolari. basate su prove di efficacia, seguendo le indicazioni dell'American Academy of Orofacial Pain.

### OBIETTIVI

- Migliorare le competenze palpatorie;
- Saper individuare e differenziare palpatoriamente i vari tessuti (ossa, legamenti, muscoli, legamenti, aponeurosi, nervi periferici, arterie);
- Integrare i risultati dell'esame obiettivo nel ragionamento clinico;
- Essere in grado di compiere un esame clinico obiettivo e completo utilizzando i DC-TMD;
- Utilizzare i test clinici più efficaci in base alle migliori evidenze possibili;
- Riconoscere le controindicazioni relative (Yellow Flag) ed assolute (Red Flag) all'utilizzo delle tecniche di terapia manuale;
- Apprendere le tecniche di terapia manuale, esercizio terapeutico e di comunicazione più efficaci
- Interfacciarsi in un corretto contesto di lavoro d'equipe multidisciplinare (odontoiatri, logopedisti, fisioterapisti, chirurghi maxillo-facciali, neurologi).

## PROGRAMMA

### PRIMO GIORNO

**08:30-11:00** Anatomia, fisiologia e patologia dell'articolazione temporomandibolare:

- apparato stomatognatico
- muscoli e legamenti
- innervazione oro-facciale
- artrocinematica mandibolare

**11:00-11:30** pausa caffè

**11:30-13:00** Classificazione delle disfunzioni cranio-mandibolari e restrizioni biomeccaniche; Diagnostic Criteria of Temporomandibular disorders (DC/TMD)

**13:00- 14:00** pausa pranzo

**14:00-16:00** TMD esame obiettivo: valutazione e palpazione (parte pratica);  
TMD Tecniche di trattamento: tessuti molli

**16:00-16:30** pausa caffè

**16:30-18:30** TMD Tecniche di trattamento: tessuti articolari; TMD Terapia miofunzionale: lingua e muscolatura facciale

### SECONDO GIORNO

**08:30-11:00** Correlazione tra rachide cervicale e articolazione temporo-mandibolare;

Rachide cervicale: anatomia funzionale

**11:00-11:30** pausa caffè

**11:30-13:00** Rachide cervicale: anatomia palpatoria ed esame obiettivo;

Rachide cervicale: anatomia: tecniche di trattamento tessuti articolari

**13:00- 14:00** pausa pranzo

**14:00-16:00** Rachide cervicale: tecniche di trattamento tessuti molli;

Caso clinico

**16:00-16:30** conclusioni e question time

### REGOLAMENTO

1. L'accettazione ed osservanza del seguente regolamento sono condizione obbligatoria per l'ammissione e la frequenza al corso.
2. La Segreteria Organizzativa non risponde del mancato svolgimento del corso sia per il non raggiungimento del numero minimo di partecipanti, sia per cause di forza maggiore, sia per qualsiasi motivo indipendente dalle sue responsabilità.
3. Il versamento della quota d'iscrizione al corso è indipendente dall'ottenimento dei Crediti Formativi del programma ECM.
4. L'iscrizione al corso non è in alcun caso restituibile, salvo in caso di annullamento del corso. È prevista la possibilità di farsi sostituire da altra persona che abbia i requisiti per la frequenza del corso.
5. L'allievo è tenuto alla puntualità, al rispetto dell'orario del corso e alla presenza in aula a tutte le ore di formazione. Si ricorda che l'orario dichiarato sulla piattaforma ECM viene totalmente accreditato, pertanto ogni ritardo o variazione di orario può far invalidare il corso per il singolo operatore oppure il corso completo.
6. Durante le lezioni il partecipante è tenuto ad un comportamento corretto nei confronti dei docenti e dei colleghi. Un comportamento che turbi il regolare svolgimento delle lezioni è motivo di allontanamento dall'aula senza che il partecipante abbia diritto ad alcun tipo di rimborso.
7. Il partecipante che, per sua negligenza o altre cause dirette o indirette, causerà danni a cose e/o persone, è tenuto al risarcimento civile e penale.
8. Vi possono essere dei corsi nei quali il partecipante sarà coinvolto dal docente nell'esercizio delle manovre pratiche sia come operatore che come paziente. Nel caso in cui non possa essere sottoposto, come paziente, ad alcune o tutte le manovre pratiche previste nel programma del corso deve darne preventiva comunicazione scritta alla Segreteria che avviserà il docente del corso.
9. Il materiale didattico non può essere riprodotto ed è proibito fare fotografie e/o filmati e/o registrazioni audio durante le lezioni se non espressamente consentito dal docente e dai partecipanti.

DATA

FIRMA

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

**Riabilitazione dei disordini temporo-mandibolari: un approccio EBP**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (Via/piazza) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

PROFESSIONISTA  STUDENTE

DATI PER FATTURAZIONE (se diversi)

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

Ente Pubblico S I NO

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (Via/piazza) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_

CODICE UNIVOCO (SDI) \_\_\_\_\_

**PRIVACY** - Acquisizione del consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni. Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, autorizza il trattamento dei propri dati identificativi e personali.

FIRMA PER ACCETTAZIONE