

PROGETTISTA DEL CORSO

Marco Trucco, *Fisioterapista*
Presidio Sanitario San Camillo di Torino

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTE

Marco Minchillo, *Fisioterapista*
Master in Fisioterapia applicata allo sport

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Marco Trucco, *Fisioterapista*
Presidio Sanitario San Camillo di Torino

SEGRETERIA ECM e ORGANIZZATIVA

Giorgina Giolito e Alessia Donati
TELEFONO: 0118199567 - 0118199555
FAX: 011 8199431
ORARIO: Lunedì - Venerdì 9.00/13.00
EMAIL: segreteria.formazione@h-sancamillo.to.it

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*

Numero massimo di partecipanti: 24

AREA TEMATICA: *Area riabilitazione*

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

MODULO SINGOLO: 200,00 euro per fisioterapisti iscritti AIFI Piemonte Valle d'Aosta
250,00 euro per fisioterapisti non iscritti AIFI

CORSO COMPLETO: 400,00 euro per fisioterapisti iscritti AIFI Piemonte Valle d'Aosta
500,00 euro per fisioterapisti non iscritti AIFI

Pagamento attraverso bonifico bancario

Fondazione Opera San Camillo
BANCA PROSSIMA S. P. A.
IBAN IT72V0335901600100000073035



PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO

Strada S. Margherita, 136 Torino

Tel. 011 8199.411

Fax. 011 8199.431

www.h-sancamillo.to.it

“RIABILITAZIONE NEUROMUSCOLOSCELETRICA E SPORTIVA DELL'ARTO INFERIORE”

DATE DEL CORSO

Modulo piede e caviglia

6 - 7 DICEMBRE 2019

Modulo ginocchio

7 - 8 FEBBRAIO 2020

Modulo anca e pelvi

7 - 8 MARZO 2020

ORARIO

9.00 - 17.00

SEDE DEL CORSO

Presidio Sanitario San Camillo

Corso ACCREDITATO ECM
Assegnati 20 crediti ECM per ogni modulo

Provider Presidio Sanitario San Camillo

OBIETTIVI DEL CORSO

Approfondire l'argomento della **riabilitazione dell'arto inferiore** per migliorare le capacità di valutazione dei problemi e il conseguente trattamento riabilitativo in patologie di frequente riscontro nella pratica clinica in ambito sportivo e non (patologia degenerativa, traumatica e da overuse).

OBIETTIVI

- Comprendere i meccanismi che stanno alla base delle **lesioni legamentose delle articolazioni dell'arto inferiore** attraverso un'analisi delle scienze di base.
- Comprendere i meccanismi che stanno alla base delle principali **disfunzioni dell'arto inferiore**.
- Affinare il **ragionamento clinico** affrontando le diverse fasi della **valutazione fisioterapica** dell'arto inferiore.
- Cercare in letteratura gli studi sulla **validità/affidabilità** degli elementi della valutazione e le **prove di efficacia** dei vari interventi riabilitativi per una pratica basata sulle migliori evidenze disponibili.
- Praticare alcune **tecniche di bendaggio** e imparare ad eseguire correttamente i **test clinici** e le **misurazioni**.
- Diversificare l'**esercizio terapeutico** in relazione agli obiettivi delle varie fasi del trattamento.

PROGRAMMA

MODULO 1 - PIEDE E CAVIGLIA
MODULO 2 - GINOCCHIO
MODULO 3 - ANCA E PELVI

PROGRAMMA INDICATIVO DEI TRE MODULI
Per avere il programma specifico richiederlo via mail alle segreteria organizzativa:
segreteria.formazione@h-sancamillo.to.it

PRIMA GIORNATA

MATTINA

- Presentazione obiettivi corso
- Anatomia: forma e funzione
- Lesioni legamentose
- Pratica dei Test speciali per diagnosi funzionale per legamenti
- Complicazioni post chirurgiche

POMERIGGIO

- La riabilitazione dopo intervento chirurgico
- Revisione della letteratura e discussione di casi clinici

SECONDA GIORNATA

MATTINA

- Le sindromi specifiche
- Presentazione clinica
- Valutazione fisioterapica
- Trattamento riabilitativo

POMERIGGIO

- Bendaggi
- Valutazione ECM

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Riabilitazione neuromuscoloscheletrica e sportiva dell'arto inferiore

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 SI 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

