



RAGIONAMENTO CLINICO E SUPERVISIONE NEL MANAGEMENT DEL PAZIENTE LOMBARE

CINQUE SESSIONI • DOCENTE: Silvano Ferrari, Ft, Terapista Manuale •
Partecipanti: max 12

SEGRETERIA

**Maria Chiara
GUIOTTO**
Telefono
0332240943
Fax
1782250805

SEDE

MILANO
Studio Arcobaleno
Via Ramazzini 7

DATE DEL 2018

1° incontro: 17 Novembre
(9,00 - 17,30)
2° incontro: 1 Dicembre
(9,30 - 17,30)

DATE DEL 2019

3° incontro: 12 Gennaio
(9,30 - 12,30)
4° incontro: 9 Febbraio
(9,30 - 12,30)
5° incontro: 2 Marzo
(9,30 - 12,30)

ISCRIZIONE

FINO AL 17 Settembre

2018 incluso:

€ 450,00 + IVA 22%
(€ 549,00 IVA inclusa)

DAL 18 Settembre

2018 AL 17 Ottobre

2018 incluso:

€ 500,00 + IVA 22%
(€ 610,00 IVA inclusa)

DAL 18 Ottobre 2018:

€ 550,00 + IVA 22%
(€ 671,00 IVA inclusa)

CREDITI ECM

Richiesti per
Fisioterapisti

PRESENTAZIONE DEL CORSO

Il progetto è indirizzato ai fisioterapisti che vogliono migliorare le loro capacità nel ragionamento clinico e nel management nel trattamento delle patologie e delle disfunzioni del complesso lombopelvico.

L'obiettivo del corso è quello di fornire una formazione avanzata ai fisioterapisti che vogliono diventare esperti nel trattamento delle patologie lombari attraverso esperienze pratiche di confronto e di osservazione clinica.



Casi Clinici molto complessi possono porre al Fisioterapista dei dubbi rispetto alle proprie ipotesi diagnostiche o alla coerenza del trattamento impostato, ed è solo nel confronto con colleghi e con la guida di un fisioterapista esperto che la discussione del caso clinico può diventare un importante momento di crescita professionale e personale.

A volte capita di utilizzare strumenti psicometrici poco conosciuti, di avere dubbi su nuovi modelli teorici o sull'utilità di certe tecniche; attraverso la condivisione di esperienze in gruppo e la discussione mirata è possibile pervenire ad uno scambio di esperienze che non può che portare ad un miglioramento della propria pratica clinica. Questa proposta formativa costituisce una innovazione in campo riabilitativo in quanto da la possibilità ad ogni partecipante di discutere liberamente di dubbi, di difficoltà emerse, di sperimentare proposte all'interno di un gruppo formato da colleghi e da un conduttore esperto nel trattamento dei pazienti con disfunzione lombopelvica. Il lavoro all'interno di un gruppo ristretto di partecipanti fa sì che la discussione non sia volta alla sottolineatura degli errori ma alla ricerca in comune di soluzioni utili a tutti. La presenza di un conduttore-fisioterapista esperto costituisce una opportunità in più per il gruppo di lavoro favorendo la discussione costruttiva e l'analisi mirata dei dubbi e delle domande portate dai componenti.

MODALITA' DI LAVORO

Il corso è esclusivamente pratico e interattivo ed è suddiviso in due parti.

La prima parte è prevalentemente pratica e si prefigge lo scopo di uniformare le competenze cliniche della valutazione fisioterapica (anamnesi ed esame fisico), richiamando i principali test da effettuarsi per la diagnosi differenziale e la necessità di disporre di strumenti di outcome validati. Caratteristica peculiare del corso è la presentazione, per ogni condizione clinica individuabile, dei test clinici con la maggior validità diagnostica.

In questa parte viene anche descritto il metodo da utilizzare per la presentazione dei casi clinici e l'ordine di presentazione.



La seconda parte è dedicata alla supervisione di casi clinici per migliorare la capacità di conduzione del caso nel suo sviluppo completo, dall'inquadramento esplicativo alla strutturazione delle strategie terapeutiche, analisi e gestione della relazione terapeutica, previsione e gestione delle ricadute, conclusione della terapia, follow-up e valutazione degli esiti. In tutta questa seconda parte verrà ripresa l'esecuzione pratica dei test discussi nella prima sessione, collocandoli ogni volta nel contesto dei differenti casi clinici. Ogni partecipante dovrà portare, a turno, un caso clinico da discutere in gruppo.

Sconto del 15% riservato ai soci GTM e CLINICA DEL MAL DI TESTA

COME ISCRIVERSI AL CORSO

Contattare telefonicamente la Segreteria Organizzativa (Maria Chiara Guiotto).

Nel caso vengano confermate disponibilità di posti, compilare in ogni sua parte la scheda di iscrizione sul retro e spedirla unitamente alla copia dell'avvenuto bonifico bancario via **fax** al numero **1782250805** o via e-mail all'indirizzo **segreteria@manualmente.biz**



RAGIONAMENTO CLINICO E SUPERVISIONE NEL MANAGEMENT DEL PAZIENTE LOMBARE

PRIMA PARTE - VALUTAZIONE CLINICA

Due sessioni di clinica sulla valutazione e inserimento in sottogruppi specifici per individuare gli obiettivi del trattamento e progettare l'intervento riabilitativo e gli outcomes

1° sessione: sottogruppi e loro individuazione

Disfunzione discale reversibile/irreversibile (presentazione clinica e test specifici)

Test dei movimenti ripetuti (secondo McKenzie)

Disfunzione di Neurodinamica (presentazione clinica e test specifici)

Test di neurodinamica

Disfunzione delle faccette articolari (presentazione clinica e test specifici)

Extension/rotation test

Disfunzione da Instabilità (presentazione clinica e test specifici)

Passive Lumbar Extension test

Prone Instability Test

Active Straight Leg Raising

Pattern Alterati

Bridge tests

Sindrome da ipomobilità (presentazione clinica e test specifici)

Distanza dita/pavimento

Movimenti colonna (fisiologici e accessori – regionali e segmentari)

Disfunzione Sacroiliaca (presentazione clinica e test specifici)

Test di provocazione del dolore (secondo Laslett)

Sindrome del piriforme (presentazione clinica e test specifici)

FAIR test

Altri tests

Disfunzione dell'anca (presentazione clinica e test specifici)

Patrick Test (FABER test)

Esiti di intervento chirurgico

Artrosi (presentazione clinica e test specifici)

Spondilolistesi (presentazione clinica e test specifici)

Stenosi (presentazione clinica e test specifici)

Sindrome posturale (presentazione clinica e test specifici)

2° sessione: la scheda e gli outcomes

Esame neurologico

Questionari

Per la disabilità (Oswestry Disability Index)

Per l'autoefficacia (Pain Self Efficacy Questionnaire)

Per la paura del movimento (Fear Avoidance Belief Questionnaire e Tampa Scale of Kinesiophobia)

Per la qualità della vita (SF-36)

Utilizzo delle schede uniformate per la raccolta sistematica dei dati e per esporre i casi clinici

Simulazione caso clinico

Varie ed eventuali



SECONDA PARTE - SUPERVISIONE DEI CASI CLINICI

Ogni incontro (dal 3° al 5°): 9,30 - 12,30

Esposizione da parte del partecipante al corso del caso clinico proposto.

Discussione del caso clinico

Esclusione di red flags

Possibili fattori prognostici favorevoli e sfavorevoli al trattamento fisioterapico

Quali ipotesi diagnostico-funzionali sono state formulate inizialmente

Cosa ha portato a scegliere l'inquadramento diagnostico-funzionale suggerito

Come confermare questa ipotesi

Quali test sono stati utilizzati (con la verifica della pratica dei test)

Quale approccio terapeutico è stato proposto (con la verifica pratica delle proposte terapeutiche)

Quali strumenti di outcome sono stati utilizzati

Prognosi

VERSAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE

Per potersi iscrivere è necessario versare la quota di partecipazione mediante bonifico bancario intestato a **Manualmente s.a.s.** IBAN: **IT13X03069108031000000001665**

DOCUMENTI DA SPEDIRE

Compilare in ogni sua parte la scheda di Iscrizione e spedirla via fax al numero 1782250805 o via e-mail all'indirizzo **segreteria@manualmente.biz**, allegando la ricevuta del bonifico bancario. **DOCUMENTI DA PRESENTARE AL CORSO** Scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata in originale.

REGOLAMENTO

1. L'accettazione ed osservanza del seguente regolamento sono condizione per l'ammissione dei partecipanti al corso.
2. Le modalità di iscrizione e di pagamento delle quote di iscrizione debbono essere conformi a quanto stabilito nell'annuncio del corso.
3. L'eventuale materiale didattico non può essere riprodotto. L'eventuale fotocopiaatura deve essere preventivamente autorizzata. La Segreteria Organizzativa si riserva di aggiungere ai costi del corso quelli delle dispense.
4. Fermo restando che è proibito effettuare riprese fotografiche o in video, eventuali registrazioni in voce debbono essere preventivamente autorizzate.

5. La Segreteria Organizzativa non risponderà del mancato svolgersi del corso allorché ciò fosse dovuto a cause di forza maggiore, dai non raggiungimento del numero minimo di iscritti, o da motivi indipendenti da sue responsabilità.
6. Il versamento della quota d'iscrizione al corso è indipendente dall'ottenimento dei Crediti Formativi del programma nazionale ECM.
7. La Segreteria Organizzativa si riserva la facoltà di comunicare l'eventuale disdetta del corso agli iscritti fino ad una settimana prima della data fissata per l'inizio del corso, attraverso comunicazione inviata a mezzo lettera raccomandata, fax o posta elettronica.
8. In questo caso, la Segreteria Organizzativa è tenuta a restituire ai discenti la quota di iscrizione.

9. L'iscritto potrà rinunciare a frequentare il corso, dandone opportuna comunicazione scritta (varrà la data di ricevimento della comunicazione) od attraverso fax alla Segreteria Organizzativa, almeno 30 giorni prima dell'inizio. In questo caso allo studente sarà restituita la quota versata al netto delle spese bancarie e di segreteria forfattariamente fissate in euro 50,00. In caso la disdetta dovesse avvenire successivamente, l'iscritto è tenuto a pagare il costo totale del corso.
10. La scadenza ultima per iscriversi ad ogni corso è 21 giorni prima dell'inizio del corso. Le iscrizioni pervenute oltre tale termine verranno accettate con un sovrapprezzo di € 50,00 per diritti di segreteria
11. In caso di superamento del numero massimo di iscritti, verranno accettati i primi VENTIQUATTRO, e farà fede la data di versamento del bonifico bancario per la quota di iscrizione.
12. Il mancato rispetto anche di una sola delle clausole di cui sopra, autorizza la Segreteria Organizzativa a non accettare al corso l'iscritto senza, per questo, dovergli alcun rimborso.

CON IL PRESENTE MODULO IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____
Nome _____
Nato il _____/_____/_____ a _____
Cod. Fisc. _____
Via _____ N° civico _____
C.a.p. _____ Città _____
Tel. _____ Cell. _____
Fax _____
E-mail _____ @_____

Autocertificando di essere in possesso di titolo di studio abilitante la professione di **Fisioterapista** DESIDERÀ ISCRIVERSI AL CORSO "Ragionamento clinico e supervisione nel management del paziente lombare", che si terrà a Milano a partire dal giorno 17 Novembre 2018
FIRMA

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____
Indirizzo _____
Cod. Fiscale _____
Partita IVA _____

TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA

Il partecipante dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che:
1. i propri dati personali di cui alla presente scheda di iscrizione ovvero i dati personali acquisiti nel corso della manifestazione, saranno trattati da "Manualmente - Formazione in Movimento" anche con l'utilizzo di mezzi elettronici per finita riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione alla manifestazione, per finalità statistiche, per finalità promozionale, ovvero per l'adempimento di obblighi di legge e/o disposizioni di organi pubblici;
2. il conferimento dei propri dati è facoltativo ma necessario per la partecipazione alla manifestazione;
3. i propri dati verranno comunicati da società controllanti e collegate a Manualmente s.a.s. ovvero soggetti determinati incaricati della gestione e elaborazione dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui il punto 1.; il partecipante ha diritto di opporsi al trattamento previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione interattiva. Il partecipante è informato che a norma dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, in ogni momento e gratuitamente potrà avere accesso ovvero richiedere la modifica e/o la cancellazione dei propri dati personali rivolgendosi direttamente al Responsabile dei Dati di Manualmente s.a.s. – Via Giuseppe Grandi 10 – 21100 Varese.
Il La sottoscritto/a interessato al trattamento di propri dati personali acquisiti dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, dichiara che:
per il trattamento dei dati personali e/o sensibili e/o giudiziari per i fini indicati nella suddetta informativa (compreso il trattamento delle successive variazioni dei dati stessi) e per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa e per il trasferimento all'estero dei dati personali

Presta il consenso
 Nega il consenso

Presta il consenso
 Nega il consenso

per il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati a fini di informazione commerciale, promozione o altre attività di relazione con soggetti connessi

Presta il consenso
 Nega il consenso

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere fornito informazioni corrette sui propri dati e che eventualmente provvederà a correggere, integrare e mantenere aggiornati tali dati a propria cura e sotto la propria responsabilità per tutta la durata del rapporto.

DATA

FIRMA