

Esercizio terapeutico nella cervicalgia, cefalea e disturbi associati a colpo di frusta: un approccio aggiornato sulla ricerca

SEGRETERIA

Maria Chiara GUIOTTO

Telefono
0332240943
Fax
1782250805

SEDE

MILANO

SEDE MANUALMENTE -
REHABILITATION
Centro medico Loreto 9
P.le Loreto 9

DATE

**29, 30 Novembre e 1
Dicembre 2019**

ORARI

8,30 - 17,30

ISCRIZIONE

**FINO AL 28 Settem-
bre 2019 incluso:**

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

**DAL 29 Settembre AL
28 Ottobre 2019**

incluso:

€ 600,00 + IVA 22%
(€ 732,00 IVA inclusa)

**DAL 29 Ottobre
2019:**

€ 650,00 + IVA 22%
(€ 793,00 IVA inclusa)

CREDITI ECM

**Richiesti per
Fisioterapisti**

TRE GIORNI • DOCENTE: Deborah Falla •
Partecipanti: max 24

PROGRAMMA DEL CORSO



Il corso presenta le ricerche più recenti riguardo ai disturbi dolorosi di origine cervicale con un'attenzione particolare al **sistema muscolare** e alla **stabilità posturale**. Verrà presentato un approccio all'esercizio terapeutico dei disturbi cervicali basato sulla **Evidence Based Practice**.

Il corso prevede sia parti teoriche che pratiche con una particolare attenzione sull'apprendimento delle abilità specifiche alla

somministrazione dell'esercizio terapeutico. La ricerca costituirà

la base della metodologia per il **'retraining' specifico del controllo motorio** della regione cervicale. Le **parti teoriche** includono: le basi fisiologiche dell'intervento fisioterapico; le prove di efficacia dei programmi di esercizio terapeutico; i principi della miglior pratica fisioterapica per i disturbi cervicali. Le **parti pratiche** includeranno: il riconoscimento dei disturbi del controllo motorio nella regione cervico-brachiale e il loro trattamento; il **'retraining' delle caratteristiche del controllo posturale**: sensibilità kinestesica, equilibrio, controllo del movimento degli occhi.

CONTENUTI DEL CORSO

Revisione dei disturbi neuromuscolari trovati in pazienti con disturbi legati a cervicalgia;

sessione pratica inclusa l'analisi del movimento e test muscolari specifici per la regione

cervicale; sessione pratica sull'approccio al trattamento della disfunzione neuromuscolare

cervicale; sessione pratica che includa l'analisi del movimento e test muscolari specifici per

la regione scapolare; sessione pratica sull'approccio al trattamento della disfunzione

muscolare assio-scapolare; valutazione e trattamento dei disturbi sensomotori nella

cervicalgia inclusi alterazioni propriocettive, disturbi del controllo oculomotorio e perdita di

equilibrio - TUTTE sessioni teorico e pratiche

Panoramica sulla cefalea cervicogenica e la diagnosi differenziale nelle cefalee;

panoramica sulle similitudini e differenze tra dolore associato a colpo di frusta e cervicalgia

idiopatica e loro implicazioni per il trattamento; principi chiave dell'esercizio terapeutico

evidence based per la cervicalgia; presentazione del trattamento generale dei pazienti con

cervicalgia; case studies

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

COME ISCRIVERSI AI CORSI

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 via **fax** al numero **1782250805** o via e-mail all'indirizzo **segreteria@manualmente.biz**.

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:
IT13X0306910803100000001665

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 fotocopiatura 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 svolgimento del corso allorché ciò fosse dovuto a cause di forza maggiore, dal 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 al discente 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 forfittariamente 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 VENTITQUATTRO, 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

Cod. Fisc.

Via

C.a.p.

Tel.

Fax

E-mail

Autocertificando di essere in possesso di titolo di studio abilitante la professione di Fisioterapista
DESIDERA ISCRIVERSI AL CORSO "esercizio terapeutico per cervicalgia, disturbi associati a colpo di frusta e cefalea", che si terrà a Milano i giorni 29
- 30 Novembre - 1 Dicembre 2019

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 dal proprietario del marchio "Manualmente - Formazione in Movimento" anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione alla manifestazione, per finalità statistiche, per l'invio di materiale 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 al proprietario del marchio "Manualmente - Formazione in Movimento" ovvero soggetti determinati incaricati della gestione e elaborazione dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui al 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 completamento 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 ai Responsabili dei Dati, Simone Scaglioni - Via Speri della Chiesa Jemoli 28 - 21100 Varese

Il/La sottoscritto/a interesso al trattamento di propri dati personali, acquisite le informazioni fornite dal titolare della suddetta informativa (compreso il trattamento delle successive variazioni dei dati stessi) e

per il trattamento dei dati personali e/o sensibili e/o giudiziari per i fini indicati nella suddetta informativa e per la diffusione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa e

per il trasferimento all'estero dei dati personali

☐ Presta il consenso

☐ Nego il consenso

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

☐ Presta il consenso

☐ Nego 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

☐ Nego 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.

DATI

FIRMA