

La valutazione e il trattamento degli adulti con danni neurologici

Concetto BOBATH



Evento Formativo Aziendale n.131-55013

1° modulo dal 25 al 29 novembre 2026

Palestra FKT

**Ospedale Regina Montis Regalis
Mondovì**

2° modulo dal 27 al 31 gennaio 2027 *in fase di accreditamento*

3° modulo dal 17 al 21 marzo 2027 *in fase di accreditamento*

1° MODULO

PROGRAMMA: Registrazione partecipanti 15 minuti prima dell'inizio della giornata

25 novembre 2026

- 9,00 Introduzione al Concetto Bobath
- 11,00 Neurofisiologia funzionale alla base del ragionamento clinico del Concetto
- 13,00 PAUSA
- 14,00 Introduzione e gestione della Fase Acuta nel paziente post Stroke
- 15,30 Analisi del comportamento motorio tipico: laboratorio pratico tra i corsisti
- 17,30 Termine lavori

26 novembre 2026

- 9,00 Introduzione al concetto di controllo posturale - neurofisiologia, osservazione ed analisi - laboratorio pratico tra i corsisti
- 11,30 Valutazione e trattamento di un paziente da parte del docente
- 13,00 PAUSA
- 14,00 Concetto di facilitazione e guida terapeutica
- 15,00 Sessione Pratica: Prime Attività nei set posturali - propedeutica alla prima attivazione della core dimostrazione – pratica tra corsisti
- 17,30 Termine lavori

27 novembre 2026

- 9,00 Clinical reasoning e Assessment
- 10,00 ICF
- Valutazione e trattamento di un paziente da parte del docente
- 10,30
- 13,00 PAUSA
- 14,00 Laboratorio pratico tra i corsisti su scale outcome
- 16,00 Valutazione e trattamento dei pazienti da parte dei partecipanti al corso
- 17,30 Termine lavori

28 novembre 2026

- 9,00 Motor Learning: teorie e basi neurofisiologiche - laboratorio pratico tra i corsisti
- 11,30 Trattamento di un paziente da parte del docente
- 13,00 PAUSA
- 14,00 Core Stability 1, attivazione selettiva del tronco nelle prime attività
- 16,00 Trattamento dei pazienti da parte dei corsisti
- 17,30 Termine lavori

29 novembre 2026

- 9,00 UMNS, tono neurale e non neurale
- 10,30 Trattamento dei pazienti da parte dei corsisti
- 13,00 PAUSA
- 14,00 Discussione dei trattamenti
- 14,30 Considerazioni, domande e discussione tra docente e corsisti sugli argomenti trattati nella 1^ parte
- 17,00 Valutazione di apprendimento
- 17,30 Termine lavori

OBIETTIVI

Obiettivi Formativi:

Analizzare e sviluppare attività che permettono al partecipante di esaminare, attraverso i dati clinici raccolti e la valutazione soggettiva, le potenzialità del soggetto neurologico e di ricercare attraverso il trattamento funzionale il ripristino del gesto motorio finalizzato, al fine di ottenere un miglioramento della qualità della vita.

Obiettivo Nazionale: 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.

Obiettivo Regionale: area riabilitazione

Dossier formativo: obiettivi tecnico professionali

INFORMAZIONI

Destinatari: Fisioterapista

Denominazione provider: ASL CN1

Crediti ECM:

50 crediti per l'anno 2026

in fase di accreditamento per l'anno 2027

Numero massimo di partecipanti: n. 24

Durata complessiva: anno 2026 moduli 1 ore 37,5

Condizioni per ottenere l'attestato di partecipazione all'evento e l'attestato crediti ECM:

- frequenza: 100% delle ore del Corso,
- superamento verifica di apprendimento
- compilazione dei questionari di *Gradimento Docenti e Gradimento Corso* sul [Portale ECM](#)

Procedura di valutazione: prova pratica

Verrà rilasciato Attestato riconosciuto dall'Associazione Internazionale IBITA e dalla associazione italiana AIDB con valutazione di merito del partecipante a seguito della partecipazione ai 3 moduli (1 moduli nell'anno 2026 + 2 moduli nell'anno 2027) e superamento delle verifiche di apprendimento.

Numero massimo di ore di assenza consentito per il conseguimento dell'attestato finale: 8 ore

RELATORI E MODERATORI

Cristina Capra

Basic International Bobath Course Instructor

Elisa Bassani

Basic International Bobath Course Instructor

De Giorgi Giovanni

Basic International Bobath Course Instructor

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Marco Quercio

Direttore Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
ASL CN1

Sonia Ferraris

Coordinatore Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
ASL CN1

DIRETTORE DEL CORSO

Gianfranco Cassissa

Responsabile SS Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità
ASL CN1

PROGETTISTA

Matilde Annunziata

SS Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità
ASL CN1

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Marina Garelli

SS Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità
ASL CN1 marina.garelli@aslcn1.it

MODALITA' DI ISCRIZIONE

DIPENDENTI ASL CN1:

L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria e deve essere effettuata su invito della committenza

ESTERNI

Quota di iscrizione € 2.000

L'iscrizione è obbligatoria, per informazioni sulla disponibilità di posti e modalità di iscrizioni telefonare al 0174677680.

Con l'iscrizione il partecipante si impegna a saldare la quota a ricevimento fattura.

La quota di iscrizione, prevista solo per gli esterni, è di €2.000 (+ IVA se dovuta) e dà diritto alla partecipazione a titolo gratuito al 2° e 3° modulo

In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata.

Per poter partecipare al corso è necessario essere iscritti al Portale ECM della Regione Piemonte

www.formazioneasanitapiemonte.it

SCADENZA ISCRIZIONI

25 ottobre 2026 (salvo esaurimento posti)

L'iscrizione è subordinata al parere del Direttore del Corso. Verrà inviata mail a conferma dell'iscrizione al termine della chiusura delle iscrizioni.

SCHEDA DI ISCRIZIONE:

da inviare via mail a marina.garelli@ascn1.it entro 25 ottobre 2026
(da restituire compilato solo per i non dipendenti ASL CN1)

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ IL _____
CODICE FISCALE _____ P. IVA _____
INDIRIZZO _____
LOCALITA' _____ CAP _____ PROV _____
TELEFONO _____ E- MAIL _____
AZIENDA DI APPARTENENZA _____
SERVIZIO _____
PROFILO PROFESSIONALE _____
SPECIALITA' _____

Chiede di partecipare al corso di aggiornamento:

La valutazione e il trattamento degli adulti con danni neurologici Concetto BOBATH

che si svolgerà presso la **Palestra FKT Ospedale Regina Montis Regalis Mondovì (CN)**

1° modulo dal 25 al 29 novembre 2026

2° modulo dal 26 al 30 gennaio 2027

3° modulo dal 17 al 21 marzo 2027

La quota di iscrizione è di **2.000 euro** (+ IVA se dovuta). Il pagamento sarà effettuato a ricevimento fattura da intestare a:

- ☐ **Partecipante** (dati da riportare in fattura se diversi da quelli sopra indicati):

INTESTAZIONE _____
INDIRIZZO _____
PARTITA IVA _____ CODICE FISCALE _____

- ☐ **Ente di appartenenza:** ☐ **pubblico** ☐ **privato** (allegare impegno di spesa dell'Ente di appartenenza)

INTESTAZIONE _____
INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____
TELEFONO _____ e-mail _____ PEC _____
PARTITA IVA _____ CODICE FISCALE _____

- ☐ SOGGETTO A FATTURAZIONE ELETTRONICA CODICE UNIVOCO _____
☐ NON SOGGETTO A FATTURAZIONE ELETTRONICA
☐ SOGGETTO ALLO SPLIT PAYMENT
☐ NON SOGGETTO ALLO SPLIT PAYMENT

Si impegna

- **a compilare in modo completo e chiaro la presente scheda: dati inesatti o incompleti pregiudicano l'assegnazione dei Crediti ECM**
- **a versare la quota di iscrizione a ricevimento della fattura secondo le modalità indicate nella stessa**
- **a rispettare l'orario del corso**
- **a garantire la presenza al corso nella misura del 100% delle ore previste**
- **ad effettuare la valutazione dell'apprendimento**

Verrà rilasciato l'attestato crediti ECM previo superamento della valutazione finale nella misura dei 4/5 delle risposte esatte

In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata.

L'interessato, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 Dlgs 30/06/03 n 196 successive modificazioni ed integrazioni, conferisce il proprio consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità istituzionali dell'ASL CN1, - nell'ambito dell'educazione formazione dei professionisti della Sanità dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 7 del citato decreto legislativo.

Data _____

Firma del richiedente _____