

# CORSO DI AGGIORNAMENTO

DIAGNOSI E TERAPIA DEL DOLORE  
OROFACCIALE IN PARTICOLARE  
DELLE MIOARTROPATIE  
DEL SISTEMA MASTICATORIO

## COMITATO SCIENTIFICO

G. SFONDRINI, V. CATTANEO, S. BIANCHI,  
C. BRUSOTTI, V. COLLESANO, S. GALIOTO, P. MENGHINI,  
G. RESTA, S. RIZZO, R. RODRIGUEZ Y BAENA

## COMITATO ORGANIZZATORE

D. FRATICELLI, C. POGGIO, M.F. SFONDRINI  
M. SILVESTRI, F. VEZZONI

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

CONGRESS TEAM PROJECT  
VIA L. MASCHERONI, 68 - 27100 PAVIA  
TEL. 0382/22650 - FAX 0382/33822  
[ctp@congressteam.com](mailto:ctp@congressteam.com)  
<http://www.congressteam.com>

## DOCENTE DEL CORSO

PROF. S. PALLA  
Direttore reparto "Disturbi masticatori e di protesi totale"  
Università degli Studi di Zurigo

## INFORMAZIONI GENERALI

**Sede del Corso** Aula Foscolo – Università degli Studi di Pavia,  
C.so Strada Nuova, 65 – Pavia

**Iscrizione** **Quota d'iscrizione € 120,00 (IVA inclusa)**  
L'iscrizione si effettua inviando la scheda  
compilata in ogni parte e accompagnata dal  
pagamento della quota alla Segreteria Organizzativa:  
CONGRESS TEAM PROJECT - Via L. Mascheroni, 68  
27100 Pavia, **entro il 30 settembre 2004**

**Attestato** A tutti gli iscritti che ne faranno richiesta verrà  
rilasciato un attestato di partecipazione al  
Corso.

**ECM** Per questa manifestazione sono stati richiesti  
i crediti ECM

**Variazioni** Le Segreterie Scientifica ed Organizzativa si  
riservano il diritto di apportare al programma le  
variazioni necessarie per ragioni scientifiche e/o  
organizzative.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA  
DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE ODONTOSTOMATOLOGICHE  
"SILVIO PALAZZI"  
Cattedra di Ortognatodonzia  
Cattedra di Chirurgia Maxillo-Facciale

# CORSO DI AGGIORNAMENTO

DIAGNOSI E TERAPIA DEL DOLORE  
OROFACCIALE IN PARTICOLARE  
DELLE MIOARTROPATIE  
DEL SISTEMA MASTICATORIO

Docente del Corso:

**Prof. S. Palla**

**Pavia**

**22 Ottobre 2004**

**Aula Foscolo**

**Palazzo Centrale dell'Università**

# CORSO DI AGGIORNAMENTO

## DIAGNOSI E TERAPIA DEL DOLORE OROFACCIALE IN PARTICOLARE DELLE MIOARTROPATIE DEL SISTEMA MASTICATORIO

### CORSO DI AGGIORNAMENTO

#### DIAGNOSI E TERAPIA DEL DOLORE OROFACCIALE IN PARTICOLARE DELLE MIOARTROPATIE DEL SISTEMA MASTICATORIO

◆ 09:00 - 10:30

##### *Eziologia e patofisiologia*

- Eziologia delle mioartropatie
- Mioartropatie e occlusione: il concetto dell'ipervigilanza
- Patofisiologia delle mioartropatie
- Patofisiologia del dolore cronico: plasticità neuronale
- Dolore cronico e implicazioni psicosociali
- Diagnosi differenziale del dolore oro-facciale: odontalgia atipica, dolore facciale atipico, cefalea

◆ 10:30 - 11:00 *coffee break*

◆ 11:00 - 13:00

##### *Diagnosi*

- L'anamnesi psicosociale
- L'esame clinico e i suoi limiti
- Esami supplementari

◆ 13:00 - 14:15 *Intervallo*

◆ 14:15 - 15:45

##### *Terapia*

- Considerazioni generali
- Motivazione e autocontrollo
- Fisioterapia
- Terapia farmacologica
- Terapia psicologica e comportamentale: le tecniche di rilassamento

◆ 15:45 - 16:45

##### *Terapia (continuazione)*

- Terapia oclusale mediante placche
- Placca di Michigan
- Placca di stabilizzazione
- Terapia della discopatia: possibilità e limiti

◆ 16:45 - 17:15 *Discussione e chiusura del Corso*

### CORSO DI AGGIORNAMENTO

#### DIAGNOSI E TERAPIA DEL DOLORE OROFACCIALE IN PARTICOLARE DELLE MIOARTROPATIE DEL SISTEMA MASTICATORIO

*Pavia, 22 ottobre 2004*

##### SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Inviare** la presente scheda, compilata e accompagnata dal pagamento della quota (€ 120,00 Iva compresa) **entro il 30 Settembre 2004**, a:  
**Congress Team Project, Via L. Mascheroni 68, 27100 Pavia**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Si allega:

assegno bancario/circolare n. \_\_\_\_\_

della Banca \_\_\_\_\_

**intestato a Congress Team Project snc**

copia del bonifico bancario intestato a:

**Congress Team Project snc,**

Banca S. Paolo IMI Filiale 08179, Pavia

C/C 2960 – CAB 11303 – ABI 01025

Dati per la fatturazione (da compilare in modo leggibile)

Intestazione \_\_\_\_\_

C.F. /P. IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo fiscale \_\_\_\_\_

N.B.: La partecipazione è limitata a 150 posti; le iscrizioni verranno accettate secondo l'ordine cronologico con cui perverranno alla Segreteria e saranno ritenute valide solo se accompagnate dal pagamento della quota d'iscrizione.

I dati saranno trattati ai sensi e nei limiti della legge 196/2003.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_