

La scoliosi: dall'età evolutiva all'anziano

Sede Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Asti – Via Goito, 12
Sabato 3 ottobre 2026 ore 8,30

ore 8:30 Registrazione dei partecipanti

ore 9:00 Saluti istituzionali

Dr. Claudio Lucia - Presidente OMCeO Asti

Dr.ssa Giovanna Lombardi - Direttore ASL AT S.C. MFR

ore 9:10 *Dr. Vincenzo Salpietro Damiano - Dr. Fabio Zaina*

Presentazione del corso

ore 9:20 *Dr. Vincenzo Salpietro Damiano - Dirigente Medico ASL AT S.C. MFR*

Introduzione alla scoliosi: epidemiologia e classificazione

Discussione

ore 10:00 *Dr. Fabio Zaina - Fisiatra ISICO*

La storia naturale della scoliosi: l'importanza della diagnosi precoce

Discussione

ore 10:40 *Dr.ssa Martina Poggio - Fisioterapista ISICO*

Screening: come e quando eseguirlo

Discussione

ore 11:00 PAUSA CAFFE'

ore 11:20 *Dr. Fabio Zaina - Fisiatra ISICO*

Il trattamento ortesico delle deformità del rachide in età evolutiva

Discussione

ore 11:40 *Dr. Vincenzo Salpietro Damiano - Dirigente Medico ASL AT S.C. MFR*

La scoliosi in età adulta: ultime novità Evidence Based sulla patologia

Discussione

ore 12:00 *Dr.ssa Ilaria Pietropaolo - Dirigente Medico ASL AT S.C. Geriatria*

Scoliosi e osteoporosi

Discussione

ore 12:20 *Dr. Fabio Zaina - Fisiatra ISICO*

Gestione riabilitativa della scoliosi dell'adulto

Discussione

ore 12:40 *Dr.ssa Martina Poggio - Dr. Fabio Zaina*

Valutazione pratica della scoliosi

ore 13:40 *Dr. Vincenzo Salpietro Damiano - Dr. Fabio Zaina - Dr.ssa Martina Poggio*

Conclusioni e dibattito finale

ore 14:00 - 14:30 *Test di valutazione*

Provider: FNOMCeO – Id. 2603

Responsabile scientifico: Dr. Salpietro Damiano Vincenzo

Corso accreditato per Medici Chirurghi (tutte le discipline) – Numero partecipanti: 50

Durata attività formativa: 5 ore

Obiettivo formativo:

Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali, diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

Area formativa: Il corso è finalizzato all'acquisizione e all'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali relative al riconoscimento di fattori di rischio che possono influire sulla storia clinica del paziente, alla valutazione clinica, alla diagnosi e alla gestione riabilitativa della scoliosi nelle diverse fasi della vita in cui la patologia ha una maggiore espressività clinica e sintomatologica (età evolutiva ed anzianità).

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
VINCENZO SALPIETRO DAMIANO	DIRIGENTE MEDICO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	ASL AT SC MFR	DIRIGENTE MEDICO IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE MASTER ISICO

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

del lubu Bruno Viro

CURRICULUM VITAE

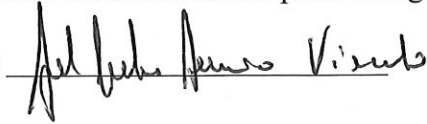
ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:





FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il sottoscritto SALPIETRO DAMIANO VINCENZO, consapevole che il "conflitto d'interessi E.C.M." è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☐ Docente
- ☐ Moderatore
- ☒ Relatore
- ☐ Tutor

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 26/06/2026

Firma: _____

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
FABIO ZAINA	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	ISICO	ATTIVITÀ DI RICERCA E CLINICA NELL'AMBITO DELLE DEFORMITÀ DEL RACHIDE LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE



Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

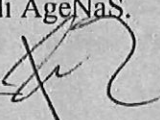
AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:

6/6/26

x





IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il sottoscritto ZAINA FABIO, consapevole che il “**conflitto d’interessi E.C.M.**” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☒ Tutor

ai sensi dell’art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell’Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l’attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 06/06/2026

Firma: _____

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
MARTINA POGGIO	FISIOTERAPISTA	FISIOTERAPIA	ISICO	TRATTAMENTO FISIOTERAPICO DISTURBI DELL' APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E COLONNA VERTEBRALE LAUREA IN FISIOTERAPIA MASTER IN DISTURBI DELL' APPARATO MUSCOLO- SCHELETRICO MASTER ISICO

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Martina Poggio

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:

Antonello



IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

La sottoscritta POGGIO MARTINA, consapevole che il “**conflitto d’interessi E.C.M.**” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☒ Tutor

ai sensi dell’art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell’Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ **di non avere avuto**, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ **di avere avuto**, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l’attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 26/05/2026

Firma:

Martina Poggio

NOVE COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
ILARIA PIETROPAOLO	DIRIGENTE MEDICO	GERIATRIA	ASL AT SC GERIATRIA	ATTIVITA' CLINICA AMBULATORIALE GERIATRIA E METABOLISMO DELL'OSSE LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA INTERNA MASTER ANTIFUMO C. ONCOLOGICO EUROPEO (MI)

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Pietro Paolo

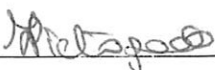
CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: 



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

La sottoscritta PIETROPAOLO ILARIA, consapevole che il “conflitto d’interessi E.C.M.” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☐ Docente
☐ Moderatore
☒ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell’art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell’Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l’attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione: 22/06/2026

Firma: Pietro Paolo