

## Programma dell'Evento Formativo

### I DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

Taranto, 28 febbraio 2026

#### **Programma**

08.30 - 09.00 Registrazione dei partecipanti

09.00 – 10.30 Definizione dei DTM e fattori rischio – Prof. Stefano Vollaro

10.30 - 11.00 Confronto/dibattito - Moderatore Dott. Pollicoro Giovanni

11.00 – 12.30 Criteri diagnostici per i DTM - Prof. Stefano Vollaro

12.30 – 13.30 Pausa

13.30 – 16.00 Terapia dei DTM: terapia comportamentale, esercizi e placca oclusale –  
Prof. Stefano Vollaro

16.00 - 16.30 Confronto/dibattito - Moderatore Dott. Pollicoro Giovanni

16.30 – 17.00 Test di valutazione

#### **Abstract**

I Disordini Temporomandibolari (DTM) rappresentano un gruppo eterogeneo di condizioni cliniche che coinvolgono l'articolazione temporomandibolare, i muscoli masticatori e le strutture correlate, con un impatto significativo sulla qualità di vita del paziente. La loro natura multifattoriale e la variabilità dei quadri clinici rendono spesso complessa la diagnosi e la scelta del trattamento più appropriato. Questo corso di aggiornamento si propone di fornire una visione completa e aggiornata dei DTM. Verranno approfonditi i criteri diagnostici clinici e strumentali, con particolare riferimento alle attuali linee guida e ai sistemi di classificazione, al fine di migliorare l'accuratezza diagnostica e la gestione del paziente. La seconda parte del corso sarà dedicata alle opzioni terapeutiche, con un approccio evidence-based che integri trattamenti conservativi, riabilitativi e, quando indicato, interventi più avanzati. Particolare attenzione sarà riservata all'approccio multidisciplinare e alla personalizzazione del trattamento in base alle caratteristiche cliniche del singolo paziente. Al termine del corso, i partecipanti avranno acquisito strumenti pratici e conoscenze aggiornate per affrontare in modo consapevole ed efficace la diagnosi e il trattamento dei Disordini Temporomandibolari nella pratica clinica quotidiana.

## Curriculum Vitae Europass



### Informazioni personali **Stefano Vollaro**

c.f vllsfn63s22f839y  
Indirizzo Corso Garibaldi n°41 80055 Portici (Na)  
Telefono 081489397 Cellulare: 3291751387  
Fax 0817462197  
E-mail stefano.vollaro@unina.it

**Esperienza professionale** Dirigente medico presso l'AOU Federico II dell'Università di Napoli.  
Direttore Unità operativa Dipartimentale AOU Federico II  
Patologie Temporomandibolari e Dolore Oro-Facciale  
Vicedirettore Dipartimento Attività Integrate delle Specialità Ambulatoriali e di ricovero Testa Collo  
Vicedirettore Dipartimento Attività integrate rete tempo dipendente: stoke, urgenzr chirurgiche e trauma, specialità ambulatoriali testa-collo  
Visiting professor presso la Scuola di Specializzazione di Ortodonzia dell'Università di Napoli Federico II.  
Visiting professor presso il Corso di Laurea di Odontoiatria dell'Università di Napoli Federico II Insegnamento di Gnatologia Clinica  
Visiting professor presso il Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Napoli Federico II Insegnamento di Fisiologia Masticatoria  
Docente presso il Master di II livello in Dolore Oro Facciale e Disordini Temporomandibolari: diagnosi e terapia integrata dell'Università di Napoli Federico II

**Istruzione e formazione** Laurea con lode in Medicina, Specializzazione con lode in Odontostomatologia, Specializzazione con lode in Ortognatodonzia, Dottore di Ricerca in Materiali dentari  
Presidente della Società Italiana di Gnatologia e Dolore Orofaciale  
Membro EOS, EACD, SIDO, SIOF, AIGeDO.  
Autore di numerosi articoli pubblicati su riviste italiane e internazionali  
Autore di capitoli di libri in lingua inglese ed italiana.

### Capacità e competenze personali

Madrelingua **Italiano**

Altra lingua  
Autovalutazione  
Livello europeo (\*)  
**Lingua**  
**Lingua**

**Inglese**

Comprensione		Parlato				Scritto			
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
	B2		C2		B1		B1		B2

(\*) [Quadro comune europeo di riferimento per le lingue](#)

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
RELAZIONALI**

RELATORE A CORSI E CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ORGANIZZATIVE**

Presidente della Società Italiana di Gnatologia e Dolore Orofacciale  
Tesoriere della Società Italiana di Disfunzioni e Algie temporomandibolari 2012-2013; 2014-2015. Responsabile e coordinatore del Gruppo di studio sul Dolore oro facciale e DTM della Associazione Italiana di Gnatologia  
Organizzatore congressi a Napoli EACD 2010; Sida 2011 e 2012, AIGeDO 2024

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
TECNICHE**

[ Ambiente Windows e MAC ]  
Utilizzo di computer con programmi Windows e MAC

**PATENTE O PATENTI**

B





## 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:  \_\_\_\_\_

### AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

- Docente
- Moderatore
- Relatore
- Tutor / formatore
- Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

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 formativo.

Firma:

Data e luogo di sottoscrizione: Napoli 22/11/2025



# Curriculum Vitae

## Informazioni personali

Cognome Nome	<b>POLLICORO Giovanni</b>	
Indirizzo	Via Pisanelli, 35 — 74123 Taranto	
Telefono	0994593748	<b>3338301728</b>
Fax	0994593748	
E-mail	<a href="mailto:studiopollicoro@libero.it">studiopollicoro@libero.it</a>	
Cittadinanza	Italiana	
Data di nascita	09.12.1960	
Sesso	M	

## Occupazione desiderata/Settore professionale

LIBERO PROFESSIONISTA ODONTOIATRA

## Esperienza professionale

Date	
Lavoro o posizione ricoperti	DAL 1992 AD OGGI LIBERO PROFESSIONISTA
Principali attività e responsabilità	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di attività o settore	ODONTOIATRA

## Istruzione e formazione

20/10/1992	
1992	LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CHIETI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CHIETI

## Madrelingua ITALIANA

## Cariche Sindacali

Iscritto alla sez. ANDI di Taranto dal 1995; Consigliere ANDI Taranto dal 2005 al 2007; Segretario Sindacale ANDI Taranto dal 2007 al 2010; Presidente provinciale ANDI Taranto dal 2010 al 2018 . Vice Segretario Sindacale Nazionale ANDI dal 2018 , Referente regionale per ANDI Puglia per la L. 81/08;

## Cariche Ordinistiche

Componente CAO Taranto dal 2005 , Consigliere OMCeO Taranto dal 2014 , Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza RPCT OMCeO Taranto dal 2017 al 2020 , Presidente CAO Taranto dal 2021 .

Patente B

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs 196/03.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonino Pellicano". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the beginning.

Taranto 24.02.2022

## 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: \_\_\_\_\_



### AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

- Docente
- Moderatore
- Relatore
- Tutor / formatore
- Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accredimento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

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:

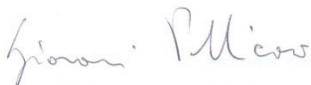
---

---

---

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 formativo.

Firma: \_\_\_\_\_



**Data e luogo di sottoscrizione:** Taranto, 12 gennaio 2026