

Con il Patrocinio



PROGRAMMA: EVENTO RESIDENZIALE

TITOLO EVENTO: Le Cure Palliative e la Famiglia del malato

Tipologia formativa: Evento residenziale

DATA evento: 29.09.2011

Sede: Villa Teresa -Area San Martino , ASL (Como)

OBIETTIVI FORMATIVI: FORMAZIONE DI I LIVELLO IN CURE PALLIATIVE CENTRATE SULLA PRESA IN CARICO DEI FAMILIARI NEL PERCORSO ASSISTENZIALE

DESTINATARI:

AZIENDA	CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO PARTECIPANTI
Consorzio ASP (struttura o assistenza domiciliare)	Infermieri, medici, OSS, Psicologi.	
Hospice e Associazioni di volontariato	Infermieri, medici, OSS, Psicologi. Volontari di Associazioni onlus (senza ECM) max N°10	
ASL Como		
TOTALE partecipanti		30

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Cognome e nome - Ente di appartenenza - qualifica
FERRETTO M. - Hospice San Martino (Como) – Responsabile sanitario

DOCENTI

Cognome e nome - Ente di appartenenza – qualifica
AZZETTA Francesca – psicologa Hospice di Abbiategrasso; **CASALE Silvia**-Assistente Soc. Hospice San Martino (Como); ; **CATELLI Patrizia** _ Inf. Ass. Accanto-onlus (Como); **D'AMICO Giuseppe**-Responsabile Sanitario Hospice Il Gelso (Erba); **FERRETTO Maurizio**- Responsabile Sanitario Hospice San Martino (Como); **LONGHI Carla**- Direttore UOC Cure Palliative e Hospice Az. Osp. S. Anna - Mariano C. (Como); **MINOTTI Mario**- Medico Palliativista Hospice San Martino (Como); **MORONI Luca**- Presidente di FCP, Direttore Hospice di Abbiategrasso; **SOLDATI Paola**- Coordin. Inf. Ass. Accanto-onlus (Como)

TUTOR

Cognome e nome
Di Paola Domenico

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Cognome e nome C/a Dott. Maurizio Ferretto
Ente **HOSPICE SAN MARTINO**
Telefono ufficio **0314491185**
Fax ufficio **0314491311**
E-mail: **hospice.como@paxme.com**
Sito internet: www.paxme.com

PROGRAMMA

Prima giornata: data e durata (indicare il numero delle ore totali)

ORARIO	CONTENUTI	DOCENTE/RELATORE
8.00-8.30	-Iscrizione	MODERATORI: <u>MORONI L.</u> - FERRETTO M. – LONGHI C. Azzetta F. Casale S. D'Amico G. Ferretto M. Longhi C. Minotti M Catelli P Soldati P.
8.30- 8.45	-Saluti istituzionali – <u>MORONI L.</u>	
8.45-9.15	- Prendersi cura della famiglia - CASALE S. - Coinvolgimento e condivisione delle cure – LONGHI C	
9.15-9.45	- Consapevolezza e comunicazione – AZZETTA F.	
9.45-10.15	- Discussione	
10.15-10.45	- Coffee Break	
10.45-11.00	- Possibili riflessi normativi derivanti dai bisogni dei familiari –	
11.00-11.30	Tavola rotonda	
11.30-12.10	- Idratazione e nutrizione – D'AMICO G.	
12.10-12.30	-Discussione	
12.30-13.00	-Emergenze – MINOTTI M.	
13.00-14.00	-Pranzo	
14.00-14.30	- <u>Filmato</u>	
14.30-15.10	- Fine vita – FERRETTO M.	
15.10-15.30	- Discussione	
15.30-16.00	- Coffee Break	
16.00-16.30	- Casi clinici - CATELLI P - SOLDATI P.	
16.30-17.00	-Compilazione test valutazione	

(Dal conteggio dei crediti è escluso il tempo destinato alla registrazione dei partecipanti)

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM

La soglia minima di partecipazione richiesta per corsi di sole 4 ore è del 100%;

per tutti gli altri casi la soglia minima di frequenza richiesta è dell'80% delle ore totali previste.

Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. _____ del _____, all'evento sono stati preassegnati **n. 7 crediti ECM**.

L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento (obbligatorio per i corsi superiori a due giornate) e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione

MODALITA' DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO:

Inviare scheda di iscrizione per fax, pagamento il giorno dell'evento C/o la sede.

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Titolo: Le Cure Palliative e la Famiglia del malato

Sede C/o Villa Teresa – Area San Martino ASL Como

DATI ANAGRAFICI

Cognome														
Nome														
Codice Fiscale														
Luogo di nascita										Prov.()		Data / /		
Residente in Via/le - Piazza/le												n°		
C.A.P.				Città				Prov.()						
Telefono							Cellulare							
Fax							E-mail							
Professione							Disciplina (vedere allegato e barrare la propria disciplina)							
Titolo di studio														
Ente di appartenenza														
<input type="checkbox"/> Personale Interno alla Paxme (ECM 7) (costo euro 10,00 per spese di segreteria)														
<input type="checkbox"/> Personale Esterno alla Paxme (ECM 7) – indicare l'azienda (costo euro 50,00) Azienda _____														
<input type="checkbox"/> Addetti al Volontariato (senza ECM) – indicare l'azienda/associazione (costo euro 20,00) Azienda _____														

Luogo _____

Firma _____

Inviare scheda al num. Fax 0314491311
Pagamento: giorno dell'evento

Segreteria organizzativa Paxme/Hospice Como C/A Dott. Maurizio Ferretto	Email: hospice.como@paxme.com Tel.: 0314491185 Fax: 0314491311
---	--