

PERCORSO DI SOSTEGNO PER OPERATORI SANITARI : Mindfulness Retraining

Evento Formativo Aziendale

06/04/2017
20/04/2017
04/05/2017
18/05/2017
12/06/2017

Aula didattica area sociale Hospice Busca



OBIETTIVI FORMATIVI

Offrire strumenti di aiuto e sostegno nella relazionale con i pazienti, nell'elaborazione delle emozioni attivate, nella fatica fisica e psichica legata al continuo contatto con la malattia e la sofferenza

INFORMAZIONI

Destinatari: Medici
Infermieri - Fisioterapisti

Denominazione provider: ASL CN1

Crediti ECM: in fase di accreditamento

Numero massimo di partecipanti: 16

Durata complessiva: 12,30

Condizioni per ottenere l'attestato di partecipazione all'evento e l'attestato

crediti ECM:

- frequenza:
- valutazione di apprendimento almeno 3 domande
- compilazione di questionario di gradibilità

Procedura di valutazione:

Questionario a risposte aperte

RELATORI E MODERATORI

Dr.ssa Silvana Castiglia
Dr.ssa Paola Borgetti

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dott. Pietro La Ciura
Dott. Maurizio Arduino
Dr.ssa Silvana Castiglia

DIRETTORE DEL CORSO

Dr. ssa Grazia Maria ALBERICO
Direttore S.C. OSRU
S.S.D. Formazione ASL CN1

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Sig.ra Silvia Dutto
Hospice di Busca

PROGRAMMA

I giornata:

14:00-16:00
Meditazione camminata

16:00-16:30
Meditazione camminata

II giornata:

14:00-16:00
Body scanner

16:00-16:30
Body scanner

III giornata:

14:00-16:00
Respiro consapevole

16:00-16:30
Respiro consapevole

IV giornata:

14:00-16:00
Meditazione esplorativa

16:00-16:30
Meditazione esplorativa

V giornata:

14:00-15:00
Lo sviluppo della sofferenza e la sua trasformazione

15:00-16:00
Lo sviluppo della sofferenza e la sua trasformazione

16:00-16:30
somministrazione questionario apprendimento

Obiettivo Nazionale: Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali.

Obiettivo Regionale: area oncologica

Dossier formativo: obiettivo tecnico professionale

PERCORSO DI SOSTEGNO PER OPERATORI SANITARI : Mindfullness Retraining

SCHEDA DI ISCRIZIONE:

da inviare via mail a
Dutto Silvia
silvia.dutto@aslcn1.it
entro il 2 aprile 2017



IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ IL _____
CODICE FISCALE _____
E- MAIL _____
PROFILO PROFESSIONALE _____
SPECIALITA' _____

Chiede di partecipare al corso di aggiornamento

Si impegna

- a compilare in modo completo e chiaro la presente scheda: dati inesatti o incompleti pregiudicano l'assegnazione dei Crediti ECM
- 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

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 _____