



### Formazione Residenziale

**Ragione Sociale:** SOCIETÀ ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA AICIP

**Id Provider:** 440

**Evento n°** 141925

**Edizione n°** 1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?** NO

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** NO

**Stato Evento:** VALIDO

<b>1 Titolo del programma formativo</b>	DIALOGO SULLA VECCHIAIA DEL TERZO MILLENNIO
<b>2 Sede</b>	ITALIA
<b>2.1 Regione</b>	LIGURIA
<b>2.2 Provincia</b>	GENOVA
<b>2.3 Comune</b>	LAVAGNA
<b>2.4 Indirizzo</b>	VIA CAVOUR
<b>2.5 Luogo Evento</b>	PICCOLO AUDITORIUM G.B. CAMPODONICO
<b>3 Periodo di svolgimento</b>	
<b>3.1 Anno del piano Formativo di riferimento</b>	2015
<b>3.2 Data inizio</b>	06/11/2015
<b>3.3 Data fine</b>	06/11/2015
<b>4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)</b>	4
<b>5 Obiettivi dell'evento</b>	
<b>5.1 Obiettivo formativo</b>	FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI
<b>5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali</b>	SENSIBILIZZARE I PROFESSIONISTI SOCIO-SANITARI ED I CITTADINI TUTTI DELLA NECESSITÀ DI PROMUOVERE UN CAMBIAMENTO CULTURALE CHE FAVORISCA LA PROGETTAZIONE DI UNA ORGANIZZAZIONE IN GRADO DI ACCOGLIERE DEGNAMENTE LA POPOLAZIONE ANZIANA, IN STRAORDINARIA CRESCITA, OFFRENDO LORO UN RUOLO E UN'UTILITÀ SOCIALE. E' AMPIAMENTE SUFFRAGATO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA, CHE L'ASSISTENZA E LA CURA DELLE PERSONE ANZIANE È FORTEMENTE INFLUENZATA DA ESIGENZE ESTRANEE ALLA SALUTE E CHE IL VALORE DELLA COMUNICAZIONE, DELL'ASCOLTO E DEL DIALOGO RIVESTONO ALTRETTANTA IMPORTANZA DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE E TECNICHE.
<b>5.3 Acquisizione competenze di processo</b>	ACCRESCERE LA CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO CHE GLI OPERATORI SOCIO-SANITARI HANNO NEL PROMUOVERE LA SALUTE DEGLI ANZIANI. IL BENESSERE DI CIASCUN INDIVIDUO, SIA A CASA CHE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI, NON PUO' PRESCINDERE DALLA CONSIDERAZIONE E VALORIZZAZIONE DEGLI ASPETTI EMOZIONALI E RELAZIONALI E LE CASE DI RIPOSO DEVONO ESSERE CONSIDERATE COME LUOGHI DI VITA E NON COME REPARTI D LUNGO DEGENZA.
<b>5.4 Acquisizione competenze di sistema</b>	ACCRESCERE LA CONSAPEVOLEZZA CHE È INDISPENSABILE UN CAMBIAMENTO CULTURALE, CAPACE DI VEDERE L'INVECCHIAMENTO NON SOLO COME UNA REALTÀ IMMODIFICABILE, INVOLUTIVA CHE NECESSITA DI SERVIZI TIPO CONTENITIVO E ASSISTENZIALE, MA COME UNA REALTÀ MODIFICABILE CHE COMPORTA ANCHE PROCESSI POSITIVI, DI COMPENSO ATTIVO ALLE PERDITE PROVOCATE DALL'ETÀ CHE ABBISOGNA DI SERVIZI AD ALTO CONTENUTO EDUCATIVO, RIABILITATIVO E PREVENTIVO CON L'OBBIETTIVO DI UN AMPIO GUADAGNO IN AUTOSUFFICIENZA E SALUTE
<b>5.5 L'evento ha per tema l'assistenza sanitaria alle persone che hanno subito violenza</b>	NO

## 6.1 Docenti/Relatori/Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BERTOLOTTO	AMEDEO	BRTMDA90R07D969R	RELATORE
CAVAGNARO	PAOLO	CVGPLA60D09C621S	RELATORE
FERRARI BRAVO	MAURA	FRRMRA68L41L639J	RELATORE
GOLDONI	LIDIA	GLDLDI46R65B819N	RELATORE
GUERCI	ANTONIO	GRCNTN45M12D969K	RELATORE
LA BARBERA	ALESSIA	LBRLSS81P53C621E	RELATORE
OLCESE	GIANLUCA	LCSGLC78B03D969J	RELATORE
SBARBORO	MARIA GRAZIA	SBRMGR62S47C621E	DOCENTE
TERRILE	ALBERTO	TRRLRT61C11D969U	RELATORE
VAGGE	ROSANNA	VGGRNN51S50D969I	RELATORE

## 7 Crediti assegnati

4

## 8 Tipologia Evento

CONGRESSO/SIMPOSIO/CONFERENZA/SEMINARIO

## 8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni

NON PRESENTE

## 8.2 Formazione Residenziale Interattiva

NON PRESENTE

## 9 Responsabile Segreteria Organizzativa

## 9.1 Cognome

SBARBORO

## 9.2 Nome

MARIA GRAZIA

## 9.3 Codice Fiscale

SBRMGR62S47C621E

## 9.4 Telefono

3470078548

## 9.5 Cellulare

3470078548

## 9.6 E-Mail

INFO@IFILI.IT

## 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

Professione	Discipline
FARMACISTA	FARMACIA OSPEDALIERA; FARMACIA TERRITORIALE;
BIOLOGO	BIOLOGO;
LOGOPEDISTA	LOGOPEDISTA;
PSICOLOGO	PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA;
MEDICO CHIRURGO	ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA DELLO SPORT; NEFROLOGIA; NEUROLOGIA; ONCOLOGIA; PSICHIATRIA; REUMATOLOGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; MEDICINA TRASFUSIONALE; MEDICINA LEGALE; NEUROFISIOPATOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); CONTINUITA' ASSISTENZIALE; SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; PSICOTERAPIA;
ASSISTENTE SANITARIO	ASSISTENTE SANITARIO;
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE;
TECNICO AUDIOMETRISTA	TECNICO AUDIOMETRISTA;
TECNICO AUDIOPROTESISTA	TECNICO AUDIOPROTESISTA;
FISIOTERAPISTA	FISIOTERAPISTA;
INFERMIERE	INFERMIERE;
DIETISTA	DIETISTA;
EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE;
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
VAGGE	ROSANNA	VGGRNN51S50D969I	MEDICO NEFROLOGO	<a href="#">2_CV_VAGGE_RASANNA_2015_09_16_F.pdf</a>

**12 Rilevanza dei docenti/relatori** NAZIONALE**13 Metodo di Insegnamento**

- LEZIONI MAGISTRALI
- CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")

**14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** SI**15 Quota di partecipazione?**  
(in euro) 10,00**16 Numero partecipanti** 100**17 Provenienza presumibile dei partecipanti** REGIONALE**18 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA

**19 Verifica apprendimento dei partecipanti**

- CON QUESTIONARIO

**20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti**  
(facoltativo)**21 Sponsor****21.1 L'evento è sponsorizzato** NO**21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** SI**21.3 Contratti o Accordi di altre forme di finanziamento** [2\\_AUT\\_SALA\\_FINANZIAM\\_FILI\\_239\\_FP.pdf](#)**22 L'evento si avvale di partner?** SI**22.1 Contratto con i partner** [2\\_CNT\\_PARTN\\_239\\_FAP.pdf](#)**Nome Partner**

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE I FILI

**23 Dichiarazione Conflitto Interessi** [2\\_AUT\\_CONFLIT\\_INTERES\\_239\\_FA.pdf](#)**24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI**25 Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM** SI[Indietro](#)[Documenti](#)[Normativa](#)[Assistenza](#)[Link utili](#)