

Cure Infermieristiche complementari: il Caring Massage® per un approccio integrato al care

Responsabile Scientifico: Alessandro Sili Responsabile F.F. U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie Luana Papaleo infermiera U.O.C. Ematologia	Segreteria Organizzativa: Elisabetta Rus U.O.C. Poliambulatori mail: elisabetta.rus@ptvonline.it	EDIZIONE 20 Maggio 2016 – ed.1
Sede: Fondazione Policlinico Tor Vergata – Aula Giubileo 2000		

Orario	Programma
Prima Sessione Nursing e Caring: un approccio alla cura	
8.00	Registrazione partecipanti
8.30	Saluti ed apertura lavori <i>T.Frittelli/ A.Sili</i>
9.00	Caring e nursing: facce della stessa medaglia? <i>L. Papaleo/A. Giaquinto</i>
10.00	Prendersi cura: il valore e lo sviluppo del lavoro sociale <i>P. Cinti</i>
10.30	Con-tatto e affettività: dal gesto alla cura <i>C. Marsaglia/M. Galizio</i>
11.00	Caring Massage®: una risorsa per prendersi cura <i>M.Galizio/C. Marsaglia</i>
11.30	Pausa caffè
12.00	Tavola rotonda: il Caring massage® un modo di essere nella cura o cura complementare? <i>Moderatore: M. Galizio.</i> <i>Resta D. (docente Scuola Caring Massage), Molinari V. (esperta cure affettive), Di Bello G. (infermiere neolaureato), M. Rossetti (paziente)</i>
13.00	Pausa pranzo
Seconda Sessione: Caring Massage: esperienze e vissuti	
14.00	La ricerca sul Caring: stato dell'arte in Italia <i>A.Sili/L.Papaleo</i>

14.30	BestCare: un progetto europeo per l'integrazione delle cure infermieristiche <i>E. De Luca/M. Galizio</i>
15.00	Le cure complementari nell'area medica dell'Ospedale Misericordia di Grosseto <i>A. Bigazzi</i>
15.30	Il Gruppo Affettività delle Cure Infermieristiche: l'esperienza del Policlinico Tor Vergata <i>A.Giaquinto/V. Molinari</i>
16.00	Il Caring Massage®: l'esperienza di Reggio Emilia <i>S. Pedrazzini/D. Mazzone</i>
16.30	Il Caring Massage®: l'esperienza del Piemonte <i>D.Resta/M. Galizio</i>
17.00	Discussione in plenaria
17.30	Chiusura dei lavori

Destinatari: 80 Infermieri (40 ESTERNI + 40 INTERNI)

CREDITI E.C.M.: 7

Modalità di Partecipazione: iscrizione tramite segreteria organizzativa.

Obiettivo formativo: N.12 “Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) - umanizzazione delle cure”.

Area formativa: (barrare una sola voce)

- Obiettivo tecnico – professionale
- Obiettivo di processo X
- Obiettivo di sistema



U.O.: CENTRO ECM

ISCRIZIONE

ECM_MOD-ISCR

rev.8 del 09/03/15

Pag. 1 di 1

Titolo del corso _____

Sede _____

Data _____

*I campi marcati come "obbligatori" vanno necessariamente compilati
altrimenti i crediti formativi non saranno attribuiti*

Nome (obbligatorio)

Cognome (obbligatorio)

--	--

Codice Fiscale (obbligatorio)

--

Luogo di nascita (obbligatorio)

Data di nascita Giorno/Mese/Anno (obbligatorio)

--	--

Recapito telefonico (obbligatorio)

Numero di cellulare (facoltativo)

E-mail (facoltativo)

--

Indirizzo postale per **spedizione attestati** (obbligatorio per **personale esterno**)

--

Ruolo/Tipo di crediti (obbligatorio)

--

(P = partecipante, D = docente, T = tutor, R = relatore)

Professione (obbligatorio)

Disciplina (obbligatorio)

--	--

Libero professionista/Dipendente

--

(L = libero professionista, D = dipendente, C = convenzionato)

Reclutamento diretto (obbligatorio) = indicare se si è stati reclutati direttamente dallo sponsor

si

no

Tutte le informazioni richieste dal presente modulo debbono essere compilate in modo leggibile (stampatello) poiché è obbligatorio comunicarle all'Agenas ai fini del rilascio dei crediti ECM. Se i dati sono illeggibili o mancanti, i crediti non saranno attribuiti.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla vigente disciplina in materia di privacy, come previsto dall'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati da parte di codesta struttura per le sue finalità istituzionali.

Barrare con una crocetta

Firma

Personale
interno PTV☐Personale
esterno PTV☐

--

BONIFICO BANCARIO: UNICREDIT Banca di Roma, Viale Oxford 81 00133 Roma**BENEFICIARIO:** FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA**CODICE IBAN:** IT0210200805157000401108394 **CAUSALE:** indicare titolo del corso e nominativo partecipante