



F & C di
Stefano Viciconte



QUOTE D'ISCRIZIONE:

Euro 200,00 per i Logopedisti Soci F.L.I.

Euro 250,00 per i Logopedisti non Soci F.L.I.
(Sconto del 10% x gruppi di 3 iscritti non Soci FLI)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- **ACCONTO** DI €. 100,00 ENTRO IL 14 APRILE 2012

- **SALDO** IN SEDE DI CORSO

Si precisa che nel caso di rinuncia al corso, al fine di recuperare le rate già versate, il Discente dovrà provvedere ad una "AUTOSOSTITUZIONE".

□ Bollettino da effettuarsi sul n. c/c postale 61552204 intestato a Stefano Viciconte, Via L. Pirandello, 29 - 91013 Calatafimi Segesta (TP)

□ Bonifico Bancario intestato a Stefano Viciconte - Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP) Coordinate IBAN:
IT 09 0 07601 16400 000061552204

LOGISTICA:

ALBERGO CONVENZIONATO:

FORESTERIA DEL CENTRO DIACONALE "LA NOCE"
Per Prenotazioni: Tel. 091-6817941/43
Fax 091-682.01.18



F & C di
Stefano Viciconte



PARTECIPANTI:

Le iscrizioni sono limitate a n. 35 partecipanti.
Il corso è stato accreditato per:

LOGOPEDISTI

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per fax: 1) scheda d'iscrizione, 2) copia del titolo di studio, 3) copia del documento di riconoscimento 4) copia del codice fiscale 5) Copia dei versamenti effettuati.

RELATORI:

DOTTORESSA BICE TROMBETTI

Docente Universitaria Corso di Laurea in Logopedia Università degli Studi di Verona

Coordinatrice MdA di Logopedia Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

CREDITI ECM

Crediti ECM 18 Per Logopedisti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Formazione & Consulenza di Stefano Viciconte
Via Luigi Pirandello n. 29 - 91013 Calatafimi Segesta (TP)

Tel/Fax. 0924.954566

Cell: 338.6691933 - 329.1167179

Sito Internet: www.riabilitazione-ecm.it

E-mail: info@riabilitazione-ecm.it

stefanoviciconte@libero.it



F & C di
Stefano Viciconte



IL CORSO HA OTTENUTO IL PATROCINIO DELLA FLI-SICILIA

TITOLO DEL CORSO:

"LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFASICO"

DATE DI SVOLGIMENTO:

Sab. 14 - Dom. 15 Aprile 2012
(DURATA: 16 ORE)

SEDE DI SVOLGIMENTO:

CENTRO DIACONALE "LA NOCE"
VIA GIOVANNI EVANGELISTA DI BLASI, 12
90135 PALERMO (PA)



PROGRAMMA DIDATTICO

SABATO 14 APRILE 2012

- 8.30-9.30 Diversi paradigmi in Logopedia
9.30-10.30 Il percorso riabilitativo:dall'invio al colloquio di restituzione
10.30-10.45 Pausa
10.45-11.45 L'incontro
11.45-13.15 La valutazione: Competenze comunicative
13.15-14.15 Pausa Pranzo
14.15-15.45 La valutazione: Competenze linguistiche
15.45-16.00 Pausa
16.00-17.00 Il primo colloquio
17.00-18.00 L'interazione tra operatori
18.00-19.00 Role playing

PROGRAMMA DIDATTICO

DOMENICA 15 APRILE 2012

- 8.30-09.30 La rieducazione del paziente con afasia fluente
Caso clinico:presentazione
9.30-11.00 Caso clinico: La valutazione
11.00-11.15 Pausa
11.15-12.45 Caso clinico: Il trattamento
12.45-13.30 Pausa Pranzo

PROGRAMMA DIDATTICO

DOMENICA 15 APRILE 2012

- 13.30-14.30 La rieducazione del paziente con afasia non fluente
Caso Clinico: Presentazione
14.30-15.30 Caso clinico: La valutazione
15.30-16.30 Caso clinico: Il trattamento
16.30-17.00 Questionario ECM

OBIETTIVI FORMATIVI:

- Fornire ai logopedisti che operano in ambito neurologico conoscenze teorico pratiche di base per la valutazione e la terapia riabilitativa di persone con disturbi della comunicazione.
- Sviluppare nel logopedista consapevolezza e competenze necessarie a supportare i familiari che quotidianamente tentano di comunicare con la persona afasica sia nel trattamento diretto che in quello indiretto.

CONTENUTI:

- Afasia e disabilità linguistico comunicativa;
- L'incontro con la persona afasica;
- La valutazione (strumenti clinici e standardizzati);
- Lo scambio comunicativo: una danza;
- Comunicare tra operatori;
- La famiglia: condividere per istruire;
- Trattamento logopedico individualizzato diretto e indiretto.

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Prima di effettuare il pagamento, è opportuno verificare la disponibilità dei posti, presso la Segreteria Organizzativa.

Nome _____

Cognome _____

Data e Luogo di nascita _____

C.F. _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____

Prov _____ Tel _____ Cell _____

_____ E-mail _____

Struttura di appartenenza _____

Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA:

Ragione Sociale _____

Sede _____ Città _____

Cap _____ Cod. Fisc./P.IVA _____

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per posta o per fax, la scheda di iscrizione, la copia del titolo di studio, la copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

Bollettino da effettuarsi sul n. c/c postale 61552204 intestato a Stefano Viciconte, Via Luigi Pirandello, 29 91013 Calatafimi Segesta (TP)

Bonifico Bancario intestato a Stefano Viciconte - Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP) Coordinate IBAN: IT 09 0 07601 16400 000061552204

Si informa che, ai sensi del **D.Lgs 196/03** e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali verranno raccolti dalla Segreteria Organizzativa esclusivamente per le presenti finalità di iscrizione all'evento e per le necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha la facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi alla Segreteria stessa. Dò il consenso. Data e Firma _____