

*Dice un vecchio adagio:
se nella foresta cade un albero e non c'è
nessuno ad ascoltare,
fa ugualmente rumore?
Detto molto semplicemente,
la comunicazione viene a mancare se
non c'è qualcuno ad ascoltare?*

Dugger, 1999

Segreteria Scientifica

*Dott.ssa in Logopedia Federica Poletto
Dott.ssa in Logopedia Anna Elisa Galantin
Dott.ssa Monica Corno*
U.O.C. di Recupero e Rieducazione Funzionale
Tel. 0442 632909/632151
e-mail: federica.poletto@aulsslegnago.it

Segreteria Organizzativa

*Sezione formazione e biblioteca
Legnago (VR)*
Tel. 0442 632750- Fax 0442/632998
e-mail: formazione@aulsslegnago.it
www.aulsslegnago.it

E' rivolto a:

- *Logopedisti*
- *Fisiatri, Foniatri, Neurologi*

Siamo in attesa dei crediti formativi ECM

Modalità di iscrizione e pagamento:

*La quota di partecipazione al Corso è di € 200
più € 1.81 (bollo), deve pervenire entro il
15/05/2009 alla Tesoreria dell'Azienda
Ulss 21, UNICREDIT BANCA S.P.A. Cod.
IBAN IT59A0200859540000003510827
specificando nella causale del versamento:
"Corso: La presa in carico del paziente
afasico".*

L'iscrizione è a numero chiuso per un massimo di 25
partecipanti con crediti ECM di cui 10 riservati al
personale interno.

Visto il numero limitato dei posti disponibili prima
di effettuare il bonifico si consiglia di contattare
preventivamente la Segreteria Organizzativa via
e mail formazione@aulsslegnago.it

*E' obbligatorio inviare a mezzo fax
(0442/632998) entro il 15 Maggio 2009*

- *la scheda d'iscrizione, allegata al
programma, compilata a stampatello in ogni
sua parte;*
- *ricevuta del versamento della quota
d'iscrizione;*

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFASICO



5 e 6 giugno 2009

Sede del Corso:

Sala Biblioteca - Ala Nord -
Ospedale Mater Salutis
Azienda ULSS 21

Presentazione del corso

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

Relatore del corso:

Dott.ssa Bice Trombetti, logopedista coordinatrice presso l'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione dell' Azienda Ospedaliera di Verona

ORTHOSAN

ORTOPEDIA SANITARIA
BOVOLONE (VR)
Via Madonna, n°152

Tel e fax 045 6902567
Cell. Matteo Zuccher 347 9197989
Cell. Luca Maron 333 9871724
E-mail: orthosan@alice.it

Venerdì 5 giugno 2009

8.30 Registrazione dei partecipanti, introduzione al corso e saluti del Direttore Dott. Claudio Martini

Ore 9.00-10.00 Diversi paradigmi in logopedia

Ore 10.00-11.15 Il percorso riabilitativo: dall'invio al colloquio di restituzione

Ore 11.15-12.15 L'incontro

Ore 12.15-13.30 La valutazione: Competenze comunicative

Ore 13.30-14.30 Pausa pranzo

Ore 14.30-15.30 La valutazione: Competenze linguistiche

Ore 15.30-16.45 Il primo colloquio

Ore 16.45-17.45 Quale intervento con i famigliari e i diversi operatori

Ore 17.45-18.00 Discussione

Sabato 6 giugno 2009

Ore 9.00-10.15 La rieducazione del paziente con afasia fluente
Caso clinico: presentazione

Ore 10.15-11.45 *Caso clinico: la valutazione*

Ore 11.45-13.00 *Caso clinico: il trattamento*

Ore 13.00-13.30 Discussione

Ore 13.30-14.30 Pausa pranzo

Ore 14.30-15.45 La rieducazione del paziente con afasia non fluente
Caso clinico: presentazione

Ore 15.45-16.30 *Caso clinico: la valutazione*

Ore 16.30-17.45 *Caso clinico: il trattamento*

Ore 17.45-18.00 Test finale e compilazione delle schede di valutazione sulla qualità formativa del corso

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFASICO

SCHEDA DI ISCRIZIONE
(da inviare alla Segr. Org. Via Fax o e-mail)
Tel. 0442 - 632750 - Fax 0442 632998
e-mail: formazione@aulsslegnago.it
ENTRO IL 15/05/2009

Cognome _____
Nome _____
Nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____

Qualifica _____
Disciplina _____
Ordine/Collegio/Assoc. _____ Prov. _____
Prov. In cui opera preval. _____
Profilo lavorativo attuale:
Dipendente del SSN
Convenzionato del SSN
Libero professionista in ambito sanitario
Altro (specificare) _____

INDIRIZZO ABITAZIONE
Via _____
CAP _____ Città _____
Telefono _____ Cell. _____
e_mail _____

LA FATTURA DEVE ESSERE INTESTATA A:

Codice Fiscale _____
Partita IVA _____

Ai sensi della L. 196/2003 sul Trattamento dei dati personali, Vi autorizzo ad utilizzare i miei dati al fine di essere informato su altre Vostre iniziative.

Firma _____

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFASICO

SCHEDA DI ISCRIZIONE
(da inviare alla Segr. Org. Via Fax o e-mail)
Tel. 0442 - 632750 - Fax 0442 632998
e-mail: formazione@aulsslegnago.it
ENTRO IL 15/05/2009

Cognome _____
Nome _____
Nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____

Qualifica _____
Disciplina _____
Ordine/Collegio/Assoc. _____ Prov. _____
Prov. In cui opera preval. _____
Profilo lavorativo attuale:
Dipendente del SSN
Convenzionato del SSN
Libero professionista in ambito sanitario
Altro (specificare) _____

INDIRIZZO ABITAZIONE
Via _____
CAP _____ Città _____
Telefono _____ Cell. _____
e_mail _____

LA FATTURA DEVE ESSERE INTESTATA A:

Codice Fiscale _____
Partita IVA _____

Ai sensi della L. 196/2003 sul Trattamento dei dati personali, Vi autorizzo ad utilizzare i miei dati al fine di essere informato su altre Vostre iniziative.

Firma _____

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFASICO

SCHEDA DI ISCRIZIONE
(da inviare alla Segr. Org. Via Fax o e-mail)
Tel. 0442 - 632750 - Fax 0442 632998
e-mail: formazione@aulsslegnago.it
ENTRO IL 15/05/2009

Cognome _____
Nome _____
Nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____

Qualifica _____
Disciplina _____
Ordine/Collegio/Assoc. _____ Prov. _____
Prov. In cui opera preval. _____
Profilo lavorativo attuale:
Dipendente del SSN
Convenzionato del SSN
Libero professionista in ambito sanitario
Altro (specificare) _____

INDIRIZZO ABITAZIONE
Via _____
CAP _____ Città _____
Telefono _____ Cell. _____
e_mail _____

LA FATTURA DEVE ESSERE INTESTATA A:

Codice Fiscale _____
Partita IVA _____

Ai sensi della L. 196/2003 sul Trattamento dei dati personali, Vi autorizzo ad utilizzare i miei dati al fine di essere informato su altre Vostre iniziative.

Firma _____

SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA IN MODO LEGGIBILE. GRAZIE

SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA IN MODO LEGGIBILE. GRAZIE