



Dipartimento Salute Mentale

U.O.C. DIPENDENZE PATOLOGICHE

CORSO ANNUALE AGGIORNAMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

MODULO BASE

16 -17 Giugno SEDE: AULA MAGNA SCUOLA DE AMICIS ENNA

16 Giugno:

- CONVEGNO REGIONALE: LO STATO DELL'ARTE SUGLI INTERVENTI NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
- ASPETTI LEGALI: IMPUTABILITA' E TSO NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

17 Giugno:

- ASPETTI LEGALI: CAPACITA' GENITORIALE – STALKING –AMMINISTRATORE SOSTEGNO-

MODULO 1

23 – 24 Giugno, 7 – 8 Luglio

23 – 24 Giugno: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- PSICOPATOLOGIA, DOPPIA DIAGNOSI E FARMACOLOGIA DELLE ADDICTIONS

07 - 08 Luglio: SEDE: AULA MAGNA SCUOLA DE AMICIS ENNA

- EPISTEMOLOGIA ED ASSESSMENT DELLE ADDICTIONS

MODULO 2

15 – 16 – 17 / 29 – 30 Settembre / 27 – 28 Ottobre

15-16-17 Settembre: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- PREVENZIONE DELLE ADDICTIONS

29-30 Settembre: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- COMUNITA' TERAPEUTICHE E SERVIZI: RIVISITANDO LA RIABILITAZIONE
-

27-28 Ottobre: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- MICROBIOMA E COMPORTAMENTO
- EPIGENETICA
- TERAPIE INNOVATIVE IN PSICHIATRIA: FARMACI -STIMOLAZIONE TRANS CRANICA – ETC
- OPPIACEI E CANNABINOIDI – FUNZIONI FISIOLOGICHE, EFFETTI DA STIMOLAZIONE DA DROGHE, USO MEDICO, POSSIBILI EFFETTI ASSOCIATI

MODULO 3

10 – 11 – 16 / 17 – 18 Novembre / 16 – 17 Dicembre

10 -11 Novembre: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- PSICOTERAPIA DELLE ADDICTIONS

16-17-18 Novembre: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- APPROCCIO TRANSTEORICO AL CAMBIAMENTO E COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

16 – 17 Dicembre: SEDE: AULA CONVEGNI OSPEDALE UMBERTO I ENNA

- PSICOTERAPIA DELLE ADDICTIONS

Il corso è stato patrocinato gratuitamente da:

ASSESSORATO REGIONALE SALUTE REGIONE SICILIA

CEFPAS

COMUNE DI ENNA COMUNE DI REGALBUTO COMUNE DI VALGUARNERA

COMUNE DI CENTURIPPE COMUNE DI AGIRA COMUNE DI TROINA

COMUNE DI SPERLINGA COMUNE DI CAPIZZI

E' stato richiesto il patrocinio gratuito di tutti i comuni appartenenti all'ASP 4 di Enna.

Il corso si rivolge a tutti gli operatori che , a vario titolo, svolgono un ruolo nel settore delle dipendenze patologiche a partire dalla prevenzione universale sino all'area piu' prettamente riabilitativa. Vuole essere un aggiornamento di fronte a problematiche antiche che assumono aspetti

sempre piu' variegati che meritano una messa in discussione delle precedenti chiavi di lettura di fenomeni sociali di ampia portata, accanto alla necessità di trovare armi in grado di saper prevenire e saper curare, senza conoscenza approfondita ogni intervento è velleitario.

IL CORSO E' GRATUITO.

PER INFORMAZIONI TELEFONARE A : DR STEFANO DELL'AERA: 0935 520838

NON E' POSSIBILE ISCRIVERSI NELLA SEDE DEL CORSO , L'ISCRIZIONE SI PUO' EFFETTUARE SOLTANTO ONLINE TRAMITE L'APPOSITA SCHEDA DI ISCRIZIONE AL MASSIMO DUE GIORNI PRIMA DELL'INIZIO DEL MODULO DI RIFERIMENTO.

L'INVIO DELLA SCHEDA NON PRESUPPONE L'AVVENUTA ISCRIZIONE , OCCORRE ATTENDERE LA CONFERMA DELLA SEGRETERIA DEL CORSO.

INVIARE VIA MAIL A: formazione@asp.enna.it, oe.p.dipendenzepatologiche@asp.enna.it, s.dellaera@tin.it



All'U.O.S. Formazione
ENNA

MODULO D'ISCRIZIONE PER ESTERNI AL CORSO.:

(Compilare a stampatello in tutte le parti e spedire via fax al numero 0935/516919 entro il 05/09/2014)

Data di svolgimento: _____ **SEDE:** _____ **Orari:**

giorno _____ **dalle ore** ____ **alle ore** ____ **giorno** _____ **dalle ore** ____ **alle ore** ____ **Figure**

professionali : Medico Psichiatra, MMG; Psicologo, Assistente Sociale, Pedagogista.

Cognome..... Nome

Codice Fiscale.....

Luogo di nascita..... Data di nascita

Indirizzo Abitazione : Via.....N°CAP Città.....prov

Telefono Abitazione Cellulare..... e-mail:

Ente posto di lavoro :

Indirizzo Comune

Telefono UfficioFax Ufficio

E-mail:.....

Professione

Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati sono veritieri. Inoltre, autorizzo l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e successive modifiche, al trattamento dei miei dati per la gestione dell'attività formativa e per la trasmissione degli stessi all'AGENAS/ECM per l'accreditamento delle attività formative. Dichiaro, altresì, di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.

FIRMA

DATA: _____ li _____

N.B. La conferma dell'inserimento nel corso avverrà telefonicamente e/o e-mail, si chiede pertanto l'inserimento obbligatorio di questi campi.