



REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**CATANIA**

U.O.C. Coordinamento Staff

U.O. Formazione Permanente e Aggiornamento del Personale - Centro Aziendale ECM

Via S. Maria La Grande 5 – 95124 Catania tel. 095 2540443 / 442 / 492 / 478 / 289

e-mail: [formazione@aspct.it](mailto:formazione@aspct.it)



2.0

### SCHEDA FORMAZIONE RESIDENZIALE

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (P.F.A.)? NO

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

TITOLO DEL CORSO:

**“Autoregolazione emotiva e dipendenze patologiche”**

**SEDE E DATE DELLE EDIZIONI** (Per aggiungere ulteriori righe per altre edizioni, posizionandosi nell'ultima cella dell'ultima riga, cliccare sul tasto TAB della tastiera, quello con le frecce una opposta all'altra prima della lettera Q)

Edizione	Comune	Indirizzo	Sede	Calendario edizione e orario
1	Acireale	Via Caronia	Aula Conferenze P.O. “S. Marta e S. Venera”	<b>04.10.2017</b> 8.00-14.30 <b>05.10.2017</b> 8.00-14.30 <b>06.10.2017</b> 8.00-14.30
2	Acireale	Via Caronia	Aula Conferenze P.O. “S. Marta e S. Venera”	<b>25.10.2017</b> 8.00-14.30 <b>26.10.2017</b> 8.00-14.30 <b>27.10.2017</b> 8.00-14.30

**OBIETTIVO FORMATIVO:**

(indicare solo uno degli obiettivi sottoelencati, evidenziandolo o eliminando tutte le altre righe)

Cod	Obiettivi	Tipologia Obiettivo
<b>5</b>	<b>Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie</b>	<b>Sistema</b>

**ACQUISIZIONE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI:** (specificare)

Migliorare la comprensione degli stati psicopatologici in generale e delle dipendenze patologiche in particolare attraverso la conoscenza dei principi della PsicoNeuroEndocrinoImmunologia (PNEI), della Teoria Polivagale (TPV) e della Mindfulness. Promuovere una maggiore competenza comunicativa fra gli operatori.

**ACQUISIZIONE COMPETENZE DI SISTEMA:** (specificare)

Miglioramento organizzativo connesso con una maggiore capacità comunicativa interna fra gli operatori.

**SOLO PER GLI EVENTI PER I QUALI SI CHIEDE L'ACCREDITAMENTO ANCHE ALL'ORDINE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI**

**AREA FORMATIVA:** (indicare 1 area prevalente)

<input checked="" type="checkbox"/>	Area metodologico-professionale	<input type="checkbox"/>	Area supervisione professionale
<input type="checkbox"/>	Area etica e deontologica	<input type="checkbox"/>	Area ricerche sociali e analisi politiche
<input type="checkbox"/>	Area programmazione e progettazione	<input type="checkbox"/>	Area sistemi informativi
<input type="checkbox"/>	Area monitoraggio e valutazione	<input type="checkbox"/>	Area giuridico-amministrativa

<input type="checkbox"/>	Area organizzativa, gestionale e manageriale	<input type="checkbox"/>	Altro
CONTENUTI TRATTATI: (specificare) PNEI – traumi psicologici – Teoria polivagale - Mindfulness			
EVENTUALI CONTENUTI DEONTOLOGICI: (specificare)			
EVENTUALI OSSERVAZIONI E NOTE: (specificare)			

**PROGRAMMA E METODO DIDATTICO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA:**

	METODO DIDATTICO	TOTALE ORE
<b>A</b>	Lezioni magistrali	
<b>B</b>	Serie di relazioni su tema preordinato	10
<b>C</b>	Tavole rotonde con dibattito tra esperti	
<b>D</b>	Confronto/ dibattito tra pubblico ed esperto/ i guidato da un conduttore (" l'esperto risponde")	1,5
<b>E</b>	Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	
<b>F</b>	Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi)	
<b>G</b>	Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	1,5
<b>H</b>	Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	6
<b>I</b>	Role- Playing	
<b>P</b>	Valutazione apprendimento	-----
<b>Q</b>	Verifica con esame orale	-----
<b>R</b>	Verifica con esame pratico	-----
<b>S</b>	Verifica con prova scritta	-----
<b>Z</b>	Introduzione - Presentazione - Somministrazione Test iniziale	-----
	DURATA EFFETTIVA ATTIVITA' FORMATIVA IN ORE (escluse Introduzione/Presentazione/Valutazione)	<b>19</b>

**PROGRAMMA DETTAGLIATO**

Gior-nata	Dalle	Alle	Titolo	Docente / Sostituto	Metodo didattico
1	8.00	9.00	<b>L'importanza dell'autoregolazione emotiva nelle dipendenze patologiche</b>	S.Amico / L.Ferrante	B
1	9.00	10.30	<b>La salute nella prospettiva della PNEI (PsicoNeuroEndocrinoImmunologia)</b>	L. Ferrante / L.Bongiorno	B
1	10.30	12.00	<i>Esercitazione:La "Bilancia dello Stress"</i>	L. Ferrante / L.Bongiorno	H
1	12.00	13.30	<b>Il trauma psicologico e le sue conseguenze</b>	S.Amico / L.Bongiorno	B
1	13.30	14.30	<i>Esercitazione:Aspetti relazionali nella comunicazione non verbale</i>	L.Bongiorno - S.Amico / L.Ferrante - G.Morabito	H
2	8.00	9.00	<b>La Comunicazione umana ed il suo impatto emotivo</b>	S.Amico / L.Bongiorno	B
2	9.00	11.00	<b>La teoria polivagale di Stephen W. Porges</b>	S.Amico / L.Bongiorno	B
2	11.00	12.00	<b>Attaccamento, autoregolazione emotiva e salute mentale</b>	S.Amico / L.Bongiorno	B
2	12.00	13.00	<b>Nuove concettualizzazioni delle dipendenze: Johann Hari – Bruce Alexander – Peter Cohen - Robert Miller</b>	S.Amico / L.Bongiorno	B
2	13.00	14.30	<i>Esercitazione:Esercizi pratici di regolazione emotiva</i>	S.Amico / L.Bongiorno	H
3	8.00	9.00	<b>La prospettiva polivagale nelle dipendenze patologiche</b>	S.Amico / L.Bongiorno	D
3	9.00	10.00	<b>Mindfulness per la gestione dello stress ... e delle compulsioni.</b>	L.Bongiorno / G.Morabito	B
3	10.00	11.00	<i>Esercitazione:Laboratorio di consapevolezza</i>	L.Bongiorno - G.Morabito / L.Ferrante - S.Amico	H

Gior-nata	Dalle	Alle	Titolo	Docente / Sostituto	Metodo didattico
3	11.00	12.00	<b>In sottogruppi ... Risposte automatiche e risposte consapevoli</b>	L.Bongiorno - G.Morabito / L.Ferrante -/ S.Amico	H
3	12.00	13.30	<b>In sottogruppi ... Condivisione sui temi trattati, sulle ricadute operative e sulle competenze necessarie</b>	S.Amico - L.Bongiorno / G.Morabito- L.Ferrante	G
3	13.30	14.00	Discussione su quanto emerso nei sottogruppi	S.Amico- L.Bongiorno / G.Morabito - L.Ferrante	D
3	14.00	14.30	Verifica Apprendimento (in sottogruppi)	S.Amico/ L.Bongiorno / G.Morabito / L.Ferrante	P

**COGNOME NOME DOCENTI – PROFILO PROFESSIONALE E/O ACCADEMICO:**

**Sergio S. Amico – Psicologo Psicoterapeuta – Area Dipartimentale Dipendenze Patologiche ASP Catania**

**Letizia Ferrante – Psicologo Psicoterapeuta – Coordinatore SIPNEI Sicilia - Catania**

**Laura Bongiorno – Psicologo Psicoterapeuta –Istruttore protocolli Mindfulness - Catania**

**Giuseppina Morabito – Psicologo Psicoterapeuta – Istruttore protocolli Mindfulness - Catania**

**TIPOLOGIA EVENTO**

e) corsi di formazione e/ o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostico- terapeutici

**FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA: SÌ**

Se Sì, specificare il **totale delle ore: 9**

**RESPONSABILE SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

Cognome: Pace

Nome: Concetta

Codice Fiscale: PCACCT56S61H294V

Telefono: 095-2540442

Cellulare: 3393281144

E-mail: [concetta.pace@aspct.it](mailto:concetta.pace@aspct.it)

**PROFESSIONI ALLE QUALI SI RIFERISCE L'EVENTO**

Educatore professionale

Medico chirurgo ( Farmacologia e tossicologia clinica, Malattie infettive, Psichiatria, Neurologia)

Psicologo ( Psicologia, Psicoterapia)

Amministrativo

Assistente sociale

Ausiliario

Infermiere

Infermiere generico

Infermiere psichiatrico

Pedagogista

Sociologo

**DIPARTIMENTI/SERVIZI DI APPARTENENZA:**

**Tutti i SerT** (area dipartimentale delle Dipendenze Patologiche)

Gli operatori delle **Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti** convenzionate con l'ASP CT

**RESPONSABILE SCIENTIFICO:**

Cognome: **Amico**

Nome: **Sergio Salvatore**

Codice Fiscale: **MCA SGS 57E13C351T**

Qualifica: **PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA** (Referente per la formazione per l'Area Dipartimentale delle Dipendenze Patologiche – ASP CT)

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE:** €. 0,00

**NUMERO DI PARTECIPANTI PER SINGOLA EDIZIONE:** 70

**VERIFICA APPRENDIMENTO PARTECIPANTI** (specificare cancellando tutto il resto)

**d) Con esame scritto**

**TIPO MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI** (facoltativo): **dispense**

**SPONSOR: L'EVENTO E' SPONSORIZZATO?**

**NO**

**SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO?**

**NO**

**L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?**

**NO**

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.

Sì