



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



CORSO DI FORMAZIONE

LA NEURODIVERSITA' E LE CONDIZIONI DELLO SPETTRO AUTISTICO LIEVE:

LA SINDROME DI ASPERGER

DALLA DIAGNOSI ALL'INTERVENTO



UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Sabato 12 Marzo ore 8.45-18.00

Aula 1 Lente didattica

Policlinico G.B. Rossi

Piazzale L.A. Scuro – 37134 - Verona

Programma a favore della giornata Internazionale Sindrome di Asperger

18 FEBBRAIO 2016
GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA
Sindrome di Asperger

Relatore:

Dott. Davide Moscone

Moderatori:

Dott.ssa Mireya Moyano

Dott. Leonardo Zoccante

Mattina

Dalle	Alle	Argomento
09.00	10.00	Lo Spettro Autistico alla luce del DSM-5. Caratteristiche ed esempi clinici sulla Sindrome di Asperger
10.00	11.00	RAADS-R: l'intervista clinica per la Diagnosi di Spettro Autistico Lieve e Sindrome di Asperger negli adulti
11.00	11.15	Pausa
11.15	12.00	Lo Spettro Autistico Lieve al femminile
12.00	13.00	Discussione di casi clinici

Pomeriggio

Dalle	Alle	Argomento
14.00	15.00	Comunicare la Diagnosi di Asperger e di Spettro Autistico alla persona, alla famiglia e alla scuola
15.00	16.00	L'approccio Bio-Psico-Sociale alla neurodiversità: il ruolo dell'ambiente
16.00	16.15	Pausa
16.15	17.00	Basi di Educazione Cognitivo-Affettiva
17.00	18.00	Discussione di casi clinici

Segreteria Organizzativa e Scientifica :

Dott.ssa Berlese Benedetta, Dott.ssa Elisa Gasparotto e Dott. Leonardo Zoccante

Recapito telefonico: 0458124398

Recapito mail:

leonardo.zoccante@ospedaleuniverona.it

Recapito fax: 0458027475

Il corso è a numero chiuso, sono previsti 80 partecipanti, le iscrizioni verranno accolte in ordine di arrivo.

Il costo del corso è di **euro 30** da versare sul conto corrente dell'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona. Coordinate bancarie **IT 27 S 05034 11750 000000019300** specificando la causale "Corso di formazione Asperger".

Per l'iscrizione è necessario inviare la seguente scheda anagrafica compilata in ogni sua parte.

E' in corso l'accreditamento ECM.

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Prov. _____ il _____

Cod. Fiscale: _____

Qualifica: _____

Disciplina: _____

Ordine/Collegio/Assoc.: _____ Prov.: _____

Profilo lavorativo attuale:

Dipendente del SSN Convenzionato del SSN Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare)

Indirizzo abitazione

Via: _____ Provincia: _____ Cap: _____

Telefono Cellulare: _____

e-mail: _____

Nome e indirizzo lavoro: _____

Ente: _____

Via: _____

Cap: _____

Città: _____

Telefono Cellulare: _____

e-mail: _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di Protezione dei dati personali"

Firma

