

E' stata inoltrata  
richiesta ECM  
per le seguenti professioni:  
Educatore prof.  
Infermiere  
Medico  
Psicologo

COMITATO SCIENTIFICO

Dr.ssa Pioli Rosaria  
Dr. Fazzari Giuseppe  
Dr. Saviotti Francesco Maria

Si ringrazia per la collaborazione

Centro Sociale Coop Lombardia  
IRCCS - Centro S. Giovanni di Dio  
UOP 23 di Montichiari  
DSM - Azienda Ospedaliera di Desenzano  
Comune di Brescia

INFORMAZIONI

Segreteria organizzativa  
Associazione Onlus  
Alleanza per la Salute Mentale  
Via Pilastroni n. 4 - Brescia

Amelia Berlanda

Tel. 030 3530666

(martedì dalle ore 18.30 alle ore 20.00)

Fax 030 3530666

Email: [alleanzaperlasalutementa@tin.it](mailto:alleanzaperlasalutementa@tin.it)

ASSOCIAZIONE



Alleanza per la  
Salute Mentale  
Via Pilastroni 4 - Brescia

ASSOCIAZIONE  
"A.M.A."



auto mutuo aiuto  
ONLUS  
Brescia

Corso di sensibilizzazione e formazione  
**alla pratica dei GRUPPI di  
AUTO-AIUTO**  
nel campo della salute mentale

Brescia

**25-26 giugno 2004**

*Casa delle Associazioni del Comune di  
Brescia*

Via Cimabue n. 16

## Richiesta di iscrizione

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome .....  
Nome .....  
Data di nascita .....  
Professione .....  
Via .....  
CAP ..... città .....  
E mail .....  
Tel .....

### AUTORIZZA

l'Associazione Alleanza per la Salute Mentale  
all'utilizzo dei dati ai sensi della Legge 675/96

### CHIEDE

di poter frequentare il corso di *formazione  
e sensibilizzazione alla pratica dei gruppi di auto-  
aiuto nel campo della salute mentale*

Chiede il rilascio di quietanza intestata a:

.....  
Via.....  
CAP ..... città .....  
C.F./P.IVA .....  
Data .....

.....  
(firma)

ECM PROFESSIONE.....

## RELATORI

Dr. Renzo de Stefani (Responsabile del Servizio di  
Salute Mentale di Trento)

Sig. Roberto Cuni (Membro coordinamento nazionale  
dei gruppi di auto aiuto)

## QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota di iscrizione, comprensiva di materiale  
didattico, è di 20 euro.

✓ Per coloro che richiedono ECM è prevista una  
quota aggiuntiva di ulteriori 20 euro.

## MODALITA' DI ISCRIZIONE

Il modulo di iscrizione dovrà essere inviato via fax  
(030 3530666) alla Segreteria Organizzativa entro  
e non oltre il **10 giugno 2004**. Poiché il corso è a  
numero chiuso verrà data conferma dell'avvenuta  
iscrizione.

Si riterranno valide solo le iscrizioni alle quali - entro  
10 giorni dall'avvenuta conferma - farà seguito il  
versamento sul conto corrente postale:

n. **14989255** intestato a "Associazione Alleanza per  
la Salute Mentale" - Via Pilastroni n. 4 - 25124  
Brescia

## PROGRAMMA DEL CORSO

25 giugno 2004

8.15 - 8.45	Registrazione partecipanti
8.45 - 9.00	Saluti
9.00 - 10.00	I principi generali della mutualità
10.00 - 11.00	La storia, l'organizzazione e il funzionamento dei gruppi di auto aiuto
11.30 - 13.00	Confronto e dibattito sul funzio- namento dei gruppi di auto aiuto
14.00 - 15.30	Presentazione di esperienze di gruppi di auto -mutuo-aiuto
15.30 - 17.00	Esercitazione pratica nella gestione dei gruppi di auto-aiuto
17.00 - 18.00	Confronto e dibattito nella gestione dei gruppi di auto-aiuto

26 giugno 2004

9.00 - 10.00	Esempi di mutualità in un servizio di salute mentale e in servizi alla persona
10.00 - 11.00	L'attivazione dei gruppi di auto aiuto e il facilitatore nei gruppi di auto aiuto
11.30 - 13.00	Confronto e dibattito sul ruolo del facilitatore nei gruppi di auto aiuto
14.00 - 15.30	Esercitazione a piccoli gruppi sull'attivazione di un gruppo di auto- aiuto
15.30 - 17.00	Confronto e dibattito sui problemi emersi nei lavori di piccolo gruppo