

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"UOC SALUTE MENTALE E DIPENDENZE".

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE redatto ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 484/1997

Il/la sottoscritto/a CAULI GILLA
nato/a a CAGLIARI il 29/05/1962

presenta il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda on line di partecipazione al concorso.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dagli articoli **46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000** e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di essere a conoscenza **dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ATS Città Metropolitana Milano, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Di essere iscritto all'albo dell'ordine DEI MEDICI della provincia di MILANO dal 10/06/1996 n. iscrizione 34298

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

TITOLI DI STUDIO
(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA	/ <u>02</u> / <u>11</u> / <u>1989</u> / Durata <u>6 ANNI</u>	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
PSICHIATRIA	/ <u>06</u> / <u>07</u> / <u>1994</u> / Durata <u>4 ANNI</u>	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
DOTTORATO DI RICERCA IN FILOSOFIA	/ <u>16</u> / <u>03</u> / <u>2007</u> / Durata <u>3 ANNI</u>	UNIVERSITA' CA' FOSCARI VENEZIA

Solo se il titolo di studio è stato conseguito all'estero indicare gli estremi dell'atto di riconoscimento.



PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI
(la produzione scientifica deve essere pubblicata su riviste italiane o straniere e deve essere strettamente pertinente alla disciplina bandita)

Sequire attentamente le istruzioni:

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e attinenti all'incarico per cui si concorre.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	rTMS age-dependent response in treatment-resistant depressed subjects: a mini-review CNS Spectr., 17(1):24-30	01 MARZO 2012
2	Low-frequency rTMS over right dorsolateral prefrontal cortex in the treatment of resistant depression: cognitive improvement is independent from clinical response, resting motor threshold is related to clinical response Neuropsychobiology, 65(4):227-35	25 MAGGIO 2012
3	"The prevention of depression in pregnancy and the post-partum: when to intervene?" Recenti Prog Med, 103(6):234-8	01 GIUGNO 2012
4	"Teoria della mente e Schizofrenia: clinica e riabilitazione" Oltre la Schizofrenia, CAP 8	04 APRILE 2015
5	"Development and validation of an abridged version of the Social Provisions Scale (SPS-10) in Italian", Journal of Psychopathology, 22:157-163	01 GIUGNO 2016
6	"Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures" Int J Soc Psychiatry, Vol 63, 7: 622-631	14 AGOSTO 2017
7	"Promoting the well-being of mothers with multidiscipline psychosocial interventions in the perinatal period", Journal of Affective Disorders, 246:148-156	01 MARZO 2019
8	"Programma Innovativo Prevenzione dei disturbi psichici del periodo perinatale" Psichiatria Oggi, Vol 2, 62-69	01 LUGLIO 2019
9	"Pregnancy and Childbirth during Covid-19 Lockdown in Patients under Treatment for Psychological Disorders", Journal of Integrative Medicine, Vol 9, 2: 22-28	30 DICEMBRE 2020
10		



Seguire attentamente le istruzioni:

**SERVIZI PRESTATI CON RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ASST Santi Paolo e Carlo e aziende in essa confluite	11/04/1996	Ad oggi	Dingente medico di primo livello, referente progetto innovativo regionale ex TR36, incaricato responsabile DH/MAC6 UOP51	Indeterminato full-time 40 ore settimanali

Interruzione dal servizio: dal 28/05/01/ al 27/05/02/ Motivo: motivi familiari

Interruzione dal servizio: dal 28/11/03/ al 30/10/06/ Motivo: frequenza di dottorato

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Attività clinica e di ricerca presso: CPS zona 16 (home visiting, interventi in collaborazione con altri centri territoriali consultori, neuropsichiatria infantile, servizi e assistenza sociale comune di Milano), Pronto Soccorso (adulti e adolescenti),

SPDC, DH (Disturbi psichiatrici complessi, subacuti e riformulazione diagnostica e terapeutica pazienti inviati dal territorio),

DH Disturbi Perinatali acuti e psicotici senza ideazioni suicidarie, Ambulatori Disturbi dell'Umore,

Ambulatorio progetto innovativo regionale ex TR36



**INCARICHI DI RESPONSABILITÀ (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico
ASST Santi Paolo e Carlo e aziende in essa confluite	01/09/2008	30/09/2018	Incarico di struttura semplice	Dirigente Medica di Altissima Specializzazione P3

Interruzione dal servizio: dal/01/11/08/ al/31/01/09/ Motivo: motivi familiari

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Incarico responsabile ricoperto in attesa di concorso interno per attribuzione struttura. Coordinamento clinico, riabilitativo e di ricerca DH (MAC6) equipe multidisciplinare per Disturbi Psichici Complessi; ambulatorio Prevenzione e Cura Disturbi Perinatali e progetto Innovativo Regionale ex TR36 Regione Lombardia; MAC6 per Disturbi Perinatali Psicotici;



**Servizi prestati con RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PRIVATE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale Indicare il C.C.N.L. di riferimento	Indicare la mansione svolta/specifica esperienza svolta	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tavor	11/05/1992	27/01/1993	Dipendente, assistente medico supplente	Attività di reparto, pronto soccorso ambulatori, ricerca in genetica formale e molecolare	38ore settimanali
Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tavor	07/07/1993	04/10/1994	Dipendente, assistente medico supplente	Reparto disturbi dell'umore, pronto soccorso, ambulatori ricerca genetica formale e molecolare	38ore settimanali
Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tavor	14/11/1994	17/12/1994	Dipendente, assistente medico supplente CCNL 1994-1997	Reparto disturbi dell'umore, pronto soccorso, ambulatori ricerca genetica formale e molecolare	38ore settimanali
Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tavor	01/03/1995	31/01/1996	Dipendente, assistente medico supplente CCNL 1994-1997	Reparto disturbi dell'umore, pronto soccorso, ambulatori ricerca genetica formale e molecolare	38ore settimanali

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Reparto disturbi dell'umore, pronto soccorso, ambulatori, ricerca genetica formale e molecolare



**servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
/ COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso STRUTTURE PUBBLICHE

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
ASST-FBF-SACCO	01/06/2021	AD OGGI	Medico psichiatra	10 ore settimanali
Tipologia contratto: <input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co <input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso STRUTTURE PRIVATE

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Tipologia contratto: <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co <input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				



**BORSA DI STUDIO
CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
			DA _____ A _____

Seguire attentamente le istruzioni:

CORSI, CONGRESSI, CONVEGNI E SEMINARI

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano attinenti all'incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

N.1:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Prevenzione, trattamento e ricerca nel campo dei disturbi psichici perinatali
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ospedale Niguarda Ca' Granda
Data	14-15 giugno 2012
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Cognitive and restorative neuroscience at DISS
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera San Paolo
Data	19 maggio 2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Prendersi cura della femminilità in teoria ed in pratica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera San Paolo
Data	22 settembre 2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.4

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La solitudine dell'equipe psichiatrica in una società senza padri
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera San Paolo
Data	19 novembre 2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>5</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/> 3,75
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.5

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Gestione paziente interno. Programma MED_1
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera San Paolo
Data	08 maggio 2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/> 4
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.6

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Gestione paziente in ambulatorio. Programma MED_2
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera San Paolo
Data	11 maggio 2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/> 4

Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

N.7

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Gestione paziente Pronto Soccorso. Programma PS_2
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASST San Paolo Milano
Data	18 maggio 2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/> 4
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.8

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Giornata di studi dedicata a Dina Vallino
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Associazione Scientifico Culturale Dina Vallino
Data	14 novembre 2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/> 6,8
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.9

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Salute mentale perinatale: dalle attuali politiche socio-sanitarie italiane alle attività dei servizi offerti alla popolazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Marcé Italiana per la salute mentale perinatale
Data	12 maggio 2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.10

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Protocollo screening post-partum
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia ATS Milano Città Metropolitana
Data	07 giugno 2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>

Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.11

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Salute mentale nel terzo millennio obiettivo guarigione: ricerca, innovazione, cambiamenti e limiti
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società italiana di psichiatria
Data	13-14 ottobre 2018
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.12

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Prevenzione e trattamento dei disturbi psichici perinatali: modelli a confronto
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia Ospedale Niguarda
Data	15 novembre 2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.13

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	ChiaroScuri nella maternità
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	spazioIRIS
Data	05-06 aprile 2019
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.14

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Maternità fragili
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia Ospedale Niguarda

Data	15 aprile 2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.15

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Giornata di studi interaziendali sui disturbi perinatali: bilancio a 10 anni di attività
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASST-Ovest Milano presso Regione Lombardia
Data	14 novembre 2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.16

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	La ripartenza dopo la tempesta: ruolo della neuropsicofarmacologia, della ricerca e dell'innovazione tecnologica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Italiana di Neuropsicofarmacologia
Data	27-28 gennaio 2022
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.17

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	La PNEI per il rinnovamento della psicologia: dalla didattica alla pratica clinica
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SIPNEI
Data	26 marzo 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>5</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.18

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	I dieci decimi dei nostri bambini, un valore da salvare per il loro futuro

In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Rotary e Vision Onlus
Data	25 maggio 2021
Durata	Giorni 1 ore 2
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

ATTIVITÀ DIDATTICA PRESSO CORSI DI STUDIO PER IL CONSEGUIMENTO DI DIPLOMA UNIVERSITARIO, DI LAUREA O DI SPECIALIZZAZIONE, OVVERO, PRESSO SCUOLE PER LA FORMAZIONE DI PERSONALE SANITARIO
(esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni e congressi).

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) presso Università:

ore complessive insegnamento per anno accademico	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor
5 ore	Università degli studi di Palermo	Psicologia pediatrica	Docente

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

Ore insegnamento Per anno.	Scuola formazione personale sanitario	Materia	In qualità di Docente o Tutor

SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' ATTINENTI ALLA DISCIPLINA IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE A 3 MESI CON ESCLUSIONE DEI TIROCINI OBBLIGATORI.

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto i sottoelencati soggiorni di studio o addestramento:

Struttura (indirizzo e denominazione)	Tipologia (soggiorno/addestramento professionale)	Data inizio e fine gg/mm/aa	Con impegno settimanale pari a ore
		DA _____ A _____	
		DA _____ A _____	
		DA _____ A _____	

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

-Comando presso ASST-FBF-SACCO, sede Macedonio Melloni e Buzzi.01/03/2020-oggi
Buzzi: Servizio di Supporto alla Pediatria e Ginecologia per la Salute della Famiglia. Progetto pilota Interdipartimentale/multidisciplinare di Prevenzione per la Salute Mentale Madre Bambino. Consulenze reparti, ambulatori pediatria e ginecologia-ostetricia, pronto soccorso; Ambulatorio perinatale interventi in acuto per esterni ed interventi multidisciplinari preventivi, di monitoraggio e curativi precoci, diffusione e promozione della salute emotiva e relazionale di genitori e figli; Prevenzione Disturbi dell'Attaccamento e Deficit Teoria della Mente. Rapporti con centri territoriali, consultori, CPS.
2022 Responsabile progetto TIMMI-Terre des Hommes contro la violenza nei bambini (individuazione precoce pronto soccorso e consulenza reparti). Clinica e ricerca PNEI: relazione scienze PSI e neuroendocrinoimmunologia, infezione virale nei bambini e clima familiare.
Melloni: attività clinica (ambulatori e consulenze reparti) e formativa presso Centro Psiche Donna Macedonio Melloni.

-Presidente Associazione Genitori e Figli Educational
-Comitato scientifico Associazione Scientifico Culturale Dina Vallino
-Ricerca e clinica S.I.P.Ped

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE
-Periodo di aspettativa senza assegni per motivi di studio tesi dottorato 31-10-2006/31-03-2007
-Corso di perfezionamento e analisi statistiche.
Clarke Institute of Psychiatry, Neurogenetics Section, University of Toronto, Ontario, Canada
- Corso di perfezionamento clinico di ricerca sulla genetica delle malattie mentali
Genethon, Centro di ricerca sul Genoma Umano. Evry, Parigi
-Corso di formazione IREF, Dott. Falloon, Psicoterapia con pazienti difficili
- Corso di formazione IREF, Trattamento di gruppo dei disturbi d'ansia in servizi di salute mentale
Dott. Carlo Perris
-Analisi personale didattica freudiana, Dott.ssa Dina Vallino didatta SPI
-Formazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale Società Italiana Terapia Cognitivo-Comportamentale
Associazione Psicoterapia Cognitiva Dott. ssa Sandra Sassaroli, Milano
-Formazione attività riabilitativa di ToM, Dipartimento di Neuroscienze
Prof. Smeraldi Ville Turro San Raffaele, Milano
-Formazione in analisi dei rapporti genitori-figli (consultazione partecipata), Dott.ssa Dina Vallino, didatta SPI

Data 21/04/2022

Firma



Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Data 21/04/2022

Firma

