

Azienda Sanitaria Proponete

ASL CAGLIARI

Servizio Proponente

SC DISTURBI ALIMENTARI

Richiesta Attivazione Progetto Formativo**Titolo del Progetto:**

“Cibo e corpo nel tempo sospeso del disturbo alimentare.
La via del cambiamento per paziente e terapeuta.”

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?SI *(cancellare la voce che non interessa)***Dettaglio macro-tipologia corso***(cancellare le voci che non interessano)*

- Formazione residenziale classica

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante*(cancellare le voci che non interessano)*

- Corso di aggiornamento

Durata in Ore:	N° partecipanti per edizione	Numero di edizioni	Data inizio Prima edizione	Data fine Prima edizione
12	40	1	09/05	10/05

Formazione residenziale interattiva

SI

Durata attività interattiva: 8**Luogo di Svolgimento**Città: CAGLIARISede: HOTEL HOLIDAY INN

PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI	Regionale
L'EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?	SI
L'EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA?	NO

L'EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO?	NO
L'EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE?	NO
L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?	NO
È PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE?	NO
È PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?	SI
IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI?	NO

DOCENTI / RELATORI / MODERATORI

RILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI: Nazionale/Internazionale (*cancellare la voce che non interessa*)

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
WIDMANN CLAUDIO	“Cibo e corpo nel tempo sospeso del disturbo alimentare. La via del cambiamento per paziente e terapeuta.”	13	NO

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni Docente/Relatore/Moderatore compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni Docente/Relatore/Moderatore allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
PES ANNADELE	Introduzione	1	NO

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni Responsabile Scientifico compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni Responsabile Scientifico allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

TUTOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR? NO

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni TUTOR compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni TUTOR allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

SPONSOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR? NO

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	LUOGO	QUOTA	TIPO CONTRATTO

FINANZIAMENTI

Il corso è realizzato con:

finanziamento in proprio	0%		finanziamenti esterni	NO
finanziamento pubblico	100%		Cod Prog DNA: UP-08-2023-23	100%

SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO

NO

L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?

NO

SCelta DEGLI OBIETTIVI

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo nazionale, cancellare tutte le voci che non interessano)

1. Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socioassistenziali

Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti

Descrivere le competenze che verranno acquisite dai partecipanti

Per la sua specifica natura il cibo riveste un significato simbolico e relazionale che trascende il semplice valore nutrizionale e la necessità per l'organismo di alimentarsi.

Il cibo è molto più di ciò che mangiamo poiché coinvolge aspetti legati alla vita affettiva, relazionale ed emotiva. Esso fin dalla nascita è un'area di scambio tipica della coppia madre-bambino. Il cibo assolve molteplici finalità "simboliche"; può sedurci, minacciarci, esser desiderabile, angosciarci, punirci.

L'alimentazione è un'operazione archetipica che attiene alla crescita del corpo e all'evoluzione della psiche. È un'operazione simbolica primaria, è un'esperienza di captazione, introiezione, assimilazione e incorporazione (C. Widmann).

Il corso ha come obiettivo l'approfondimento dei significati simbolici del cibo con le sue deformazioni, dei vissuti e significati del corpo e delle sue martorizzazioni; ha la funzione di permettere all'operatore di cogliere e lavorare sul valore inconscio sottostante la dinamica del disturbo alimentare. Ciò è parte fondante del trattamento e permette all'equipe di garantire al paziente e alla famiglia un luogo di cura quale nutrimento valido e alternativo, rispetto alla modalità patologica di espressione del sé.

Il corso ha però anche la funzione di supportare l'equipe di lavoro nelle difficoltà della progressione del trattamento, che spesso viene boicottato dal paziente e dalla famiglia, e nella gestione del controtrasfert e dei sentimenti di impotenza fornendo strumenti utili per affrontare l'immobilismo in cui alcuni pazienti gravi tendono a portare l'equipe.

Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Professioni Accreditate E.C.M.

- **Medico Chirurgo**
- Biologo
- **Psicologo**
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Professioni NON Accreditate E.C.M.

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ▪ <i>Medicina Interna</i> | ▪ <i>Psicoterapia</i> |
| ▪ <i>Neuropsichiatria Infantile</i> | ▪ <i>Scienza dell'Alimentazione e Dietetica</i> |
| ▪ <i>Otorinolaringoiatria</i> | ▪ <i>Endocrinologia</i> |
| ▪ <i>Psichiatria</i> | |

METODI DIDATTICI

N.B. Nel conteggio delle ore non vanno considerati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: **_12**

Metodologie	SI/NO
Lezioni Magistrali	SI
Serie di relazioni su tema preordinato	NO
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	NO
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	SI
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	NO
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	SI
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	NO
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	NO
Role - Playing	NO

MODALITÀ DI VERIFICA**Verifica presenza partecipanti:**

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Firma di presenza

Verifica apprendimento

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

- Esame orale

TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

Cartellina con programma, fogli per appunti, una penna.

Responsabile segreteria organizzativa

Cognome: PES

Nome: ANNADELE

Codice Fiscale: PSENDL73A61B354G

Denominazione Segreteria organizzativa

Sito Web Segreteria organizzativa

Numero di telefono Segreteria organizzativa 3393682435

e-mail Segreteria organizzativa annadele.pes@asltagliari.it

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ANNADELE PES SC DISTURBI ALIMENTARI - DSMD
Firma Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	 PES ANNADELE Regione Autonoma della Sardegna 18.03.2024 10:36:30 GMT+01:00

**Se trattasi di un progetto Formativo non deliberato nel Piano Formativo Annuale
è necessaria l'autorizzazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale proponente**

Nome e cognome Direttore Generale Azienda Sanitaria del SSR	DIRETTORE GENERALE ASL CAGLIARI <i>Dott. Marcello Tidore</i>
Firma Direttore Generale	Si autorizza 