REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

Deliberazione 1462

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 25 AGO. 2015

OGGETTO: Autorizzazione Evento Formativo Regionale ECM: "Il Modello SCERTS: L'intervento sulle Competenze Sociali ed Emotive nel Disturbo dello Spettro Autistico".

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 25 AGO. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Nazzareno Pacifico

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Acquisito il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

Atteso che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;

Atteso altresì che con deliberazione 39/61 del 10.12.2002, la Giunta Regionale ha autorizzato l'istituzione del Centro per l'assistenza a bambini e adolescenti con disturbi pervasivi dello sviluppo presso l'A.O. "G. Brotzu", con delibera G.R. n. 44/10 del 31.10.2007 la RAS indica il suddetto Centro quale struttura ad alta qualificazione professionale sia nel campo della diagnosi e terapia che nell'ambito della didattica formativa;

Considerato che l'Azienda, nello specifico il Centro Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, ritiene indispensabile fornire ai partecipanti gli strumenti diagnostici e di intervento del modello SCERTS (SOCIAL COMMUNICATION, EMOTIONAL REGULATION, TRANSACTIONAL SUPPORT), per l'intervento sulla comunicazione sociale, la regolazione emotiva e il sostegno nelle transizioni per gli individui con Disturbo dello Spettro Autistico;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2015 approvato con Deliberazione n° 2164 del 17.12.2014;

Dato atto che l'attività formativa è rivolta a Medici, Psicologi, Laureati non Medici, Logopedisti, Infermieri, sia dell'Azienda Brotzu che esterni per un totale di 50 partecipanti;

Recepita la comunicazione del Centro Disturbi Pervasivi dello Sviluppo che per l'attività formativa propone docenti sia interni che esterni selezionati sulla base della loro alta qualificazione scientifica e per una lunga esperienza sul campo relativa ai temi trattati, come da elenco autorizzato nel progetto;

Valutata la proposta afferente al percorso formativo: "Il Modello SCERTS: L'intervento sulle Competenze Sociali ed Emotive nel Disturbo dello Spettro Autistico" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonchè del Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il corso di formazione "Il Modello SCERTS: L'intervento sulle Competenze Sociali ed Emotive nel Disturbo dello Spettro Autistico", rivolto a Medici, Psicologi, Laureati non Medici, Logopedisti, Infermieri, sia dell'Azienda Brotzu che esterni per un totale di 50 partecipanti.

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

Segue deliberazione n. 1462 del 25 AGO. 2015

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta da docenti sia interni che esterni selezionati sulla base della loro alta qualificazione scientifica e per una lunga esperienza sul campo relativa ai temi trattati, come da elenco autorizzato nel progetto.

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 4.800,00 (quattromilaottocento euro) onnicomprensiva, interamente coperta dalle quote di iscrizione dei partecipanti.

Disporre in € 150,00 (centocinquanta euro) i costi di iscrizione addebitabili a ciascun partecipante, Il pagamento della quota di iscrizione pari a € 150,00 da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda OspedalieraBrotzu

Prot. n. 59 del 12/08/2015 dip. int.

Al Sig.Commissario Strordinario

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE X
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE □

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
"IL MODELLO SCERTS: L'INTERVENTO SULLE COMPETENZE SOCIALI ED EMOTIVE NEL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO"

STRUTTURA PROPONENTE
Centro per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, Azienda Ospedaliera Brotzu

OBIETTIVI
Il corso ha come obiettivo introdurre i partecipanti agli strumenti diagnostici e di intervento del modello SCERTS (SOCIAL COMMUNICATION, EMOTIONAL REGULATION, TRANSACTIONAL SUPPORT), ideato da Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin, Amy Laurent e Patrick Rydell per l'intervento sulla comunicazione sociale, la regolazione emotiva e il sostegno nelle transizioni per gli individui con Disturbo dello Spettro Autistico. Questo modello costituisce un valido strumento per la definizione dei programmi educativi rivolti ai pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico, in grado di incidere sui sintomi core del disturbo. La finalità del modello SCERTS è dunque quella di promuovere negli individui con Disturbo dello Spettro Autistico competenze socio-comunicative purtroppo compromesse in questo disturbo.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)
Verrà illustrato ai partecipanti come definire obiettivi significativi, appropriati al livello di sviluppo della persona con Disturbo dello Spettro Autistico. Tali obiettivi dovranno essere motivanti, appropriati ai bisogni funzionali dell'individuo e alle priorità della famiglia. In particolare, gli obiettivi dovranno concorrere a promuovere l'autonomia dell'individuo nei contesti sociali e le abilità di coping. Verrà inoltre illustrato come incorporare in ambienti naturali e significativi per la vita dell'individuo i supporti visivi, le modificazioni dell'ambiente e gli aggiustamenti individuali necessari per promuovere tali obiettivi. La presentazione dei contenuti del corso verrà integrata con l'ausilio di filmati e di attività di gruppo.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
I partecipanti apprenderanno a definire obiettivi funzionali nell'ambito della comunicazione e della regolazione emotiva sulla base dello SCERTS model. Dovranno inoltre identificare le strategie educative più adatte per il raggiungimento di tali obiettivi, con particolare attenzioni alle transizioni casa-scuola-altri ambienti di vita e alle strategie per promuovere un'autoregolazione emotiva secondo i canali più convenzionali.

B) Acquisizione competenze di processo:
I partecipanti apprenderanno ad attivare processi di problem solving finalizzati all'individuazione di obiettivi funzionali e individualizzati, secondo il modello SCERTS.

C) Acquisizione competenze di sistema:
I partecipanti svilupperanno la capacità di lavorare in team multidisciplinari, condividendo un linguaggio e un framework teorico comune relativo al modello SCERTS.

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*

☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*

☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*

X *Corso (minimo 4 ore)*

☐ *Retraining*

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI **X** *NO* ☐

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.
Se si, indicare l'ubicazione
*Struttura*_____

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

☐ *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*

X *Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)*

☐ *Aula con capienza di n.* _____ *partecipanti*

☐ *Sala conferenza per n .*_____ *partecipanti*

☐ *Altro (specificare)*_____

_____

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X *PC*

X *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*_____

_____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI ☐ *NO* **X**

Se ***Si,*** *indicare le date di inizio e fine, se* ***No,****specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.*
Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.
Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	50	01/10/15	02/10/15

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

□ ***Farmacista*** n. _____
□ *Ospedaliera* n. _____
□ *Farmacia Territoriale* n. _____

□ ***Medico chirurgo*** n. _____
□ *Angiologia* n. _____
□ *Cardiologia* n. _____
□ *Dermatologia e Venereologia* n. _____
□ *Ematologia* n. _____
□ *Endocrinologia* n. _____
□ *Gastroenterologia* n. _____
□ *Genetica Medica* n. _____
□ *Geriatria* n. _____
□ *Malattie Metaboliche e Diabetologia* n. _____
□ *Malattie dell' Apparato Respiratorio* n. _____
□ *Malattie Infettive* n. _____
□ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza* n. _____
□ *Medicina Fisica e Riabilitazione* n. _____
□ *Medicina Interna* n. _____
□ *Medicina Termale* n. _____
□ *Medicina Aeronautica e Spaziale* n. _____
□ *Medicina dello Sport* n. _____
□ *Nefrologia* n. _____
□ *Neonatologia* n. _____
□ *Neurologia* n.
X *Neuropsichiatria Infantile* n. 6
□ *Oncologia* n. _____

□ *Pediatria*	*n.* _____
X *Psichiatria*	*n. 1*
□ *Radioterapia*	*n.* _____
□ *Reumatologia*	*n.* _____
□ *Cardiochirurgia*	*n.* _____
□ *Chirurgia Generale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Maxillo - Facciale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Pediatrica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*	*n.* _____
□ *Chirurgia Toracica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Vascolare*	*n.* _____
□ *Ginecologia e Ostetricia*	*n.* _____
□ *Neurochirurgia*	*n.* _____
□ *Oftalmologia*	*n.* _____
□ *Ortopedia e Traumatologia*	*n.* _____
□ *Otorinolaringoiatria*	*n.* _____
□ *Urologia*	*n.* _____
□ *Anatomia Patologica*	*n.* _____
□ *Anestesia e Rianimazione*	*n.* _____
□ *Biochimica Clinica*	*n.* _____
□ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*	*n.* _____
□ *Laboratorio di Genetica Medica*	*n.* _____
□ *Medicina Trasfusionale*	*n.* _____
□ *Medicina Legale*	*n.* _____
□ *Medicina Nucleare*	*n.* _____
□ *Microbiologia e Virologia*	*n.* _____
□ *Neurofisiopatologia*	*n.*_____
□ *Neuroradiologia*	*n.* _____
□ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)*	*n.* _____
□ *Radiodiagnostica*	*n.* _____
□ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	*n.* _____
□ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*	*n.* _____
□ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro*	*n.* _____
□ *Medicina Generale (Medici di Famiglia)*	*n.* _____
□ *Continuità Assistenziale*	*n.* _____
□ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)*	*n.* _____
□ *Scienza dell'alimentazione e dietetica*	*n.* _____

□ *Direzione medica di presidio ospedaliero* *n.*____

□ *Organizzazione dei servizi sanitari di base* n.____

□ *Audiologia e Foniatria* n.____

□ *Psicoterapia* n.____

□ *Privo di Specializzazione* n.____

□ ***Odontoiatra*** n. ____

□ ***Psicologo – Psicoterapeuta*** n.____

□ *Psicoterapia* n. ____

X *Psicologia* n.15

□***X Laureati non medici (specificare)***

Insegnanti laureati in Scienze della Formazione Primaria o Insegnanti di scuola media inferiore superiore specializzati con titolo universitario per l'insegnamento n. 15

Laureati in Pedagogia o Scienze dell'Educazione e della Formazione n. 10

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

□ ***X*** *Infermiere* n. 1___

□ *Infermiere pediatrico* n. ____

□ *Ostetrica/o* n. ____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

□ *Podologo* n.____

□ *Fisioterapista* n.____

□ ***x*** *Logopedista* n.2

□ *Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n.____

□ *Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n.____

□ *Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n.____

□ *Terapista Occupazionale* n.____

□ *Educatore Professionale* n.____

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

□ *Assistente Sanitario* n.____

□ *Dietista* n.____

□ *Igienista Dentale* n.____

□ *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n.____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

□ *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare* n.____

□ *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n.____

□ *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n.____

□ *Tecnico Audiometrista* n.____

□ *Tecnico Audioprotesista* n.____

□ *Tecnico di Neurofisiopatologia* n.____

□ *Tecnico Ortopedico* n.____

TUTTE LE PROFESSIONI n.____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

X *ASL n.*_____

X *Strutture private*
□ *Altri enti o amministrazioni pubbliche*

DURATA E ARTICOLAZIONE
(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 15
PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI X *NO* □

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

□ *Fotocopie di testi*
□ *Slides*
□ *Testi/libri*
□ *Riviste*
□ *Cd*
□ *Altri supporti*

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO
□ *Prova Pratica*
  □ *role playing con griglia*
  □ *prova manuale*

□ *Prova orale*
  □ *strutturata*
  □ *non strutturata*

□ *Prova scritta*
  □ *tema*
  □ *saggio*
  □ *tesina*
  □ *altro*

X *Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)*
□ *Project Work*

VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	*€ 2.650,00*
Pernottamento	*€ 450,00*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€ 1.500,00*
Altro:	
1. materiale didattico	*€ 200,00*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 4.800,00*

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:

Quote di iscrizione: *50 partecipanti x 150 Euro* *Totale € 7500,00*

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	*Giuseppe*	*Cognome*	*Doneddu*
Qualifica	*Neuropsichiatra Infantile*		
Struttura	*Centro Disturbi Pervasivi AOB*		
Telefono	*070539382*	*Cellulare*	
Fax	*070539737*	*email*	*iosettodoneddu@aob.it*

Nome	*Roberta*	*Cognome*	*Fadda*
Qualifica	*Ricercatrice Universitaria*		
Struttura	*Università di Cagliari*		
Telefono	*706757502*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*robfadda@unica.it*

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome	*Erin*	*Cognome*	*Brooker Lozott*
Telefono	1.954.445.1530	*Cellulare*	
Fax		*email*	elozott@gmail.com
Curriculum			

Nome	Roberta	Cognome	Fadda
Telefono	070-6757503	Cellulare	3286268712
Fax	070-274778	e-mail	robfadda@unica.it
Curriculum	Roberta	Cognome	Fadda

Nome	Giuseppe	Cognome	Doneddu
Telefono	070-539382	Cellulare	
Fax	70539737	email	iosettodoneddu@aob.it
Curriculum			

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		e-mail	
Curriculum			

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:
Il progetto è stato ideato per divulgare conoscenze teorico-pratiche avanzate, in linea con le più recenti indicazioni del panorama scientifico internazionale, sul modello SCERTS.

B)Motivazione della scelta economica:
E' previsto un pagamento per la docente Erin Brooker Lozott alla quale verrà corrisposto il compenso di Euro 2650,00 per la docenza e il rimborso delle spese di viaggio e pernottamento fuori sede. Le spese saranno coperte con le quote di iscrizione dei partecipanti.

C)Motivazione della scelta dei docenti:
I docenti sono stati selezionati per l'alta qualificazione scientifica e per una lunga esperienza sul campo relativa ai temi trattati.

A)Docenti Interni:
in orario di servizio
fuori orario di servizio ☐

B) ***Docenti Esterni:*** X

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, ***60 giorni prima*** *dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.*

Luogo: *Cagliari* ***Data*** *(gg/mm/aaaa):* *12/08/15*

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" DIRETTORE SANITARIO

Nome e cognome *(in stampatello)*
Commissario Straordinario
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale *Graziella Pintus*

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) GIUSEPPE DONEDDU
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)
CENTRO PER I DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
IL DIRETTORE
Dott. Giuseppe Doneddu

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA
Direttore Dott. Paolo Pusceddu

Nome e Cognome *(In stampatello)* *Andrea Corrias*
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)*
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE

NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

1) *Progetto;*
2) *Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;*
3) *CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);*
4) *Programma ecm*

Allegare in formato cartaceo

1) *Preventivi;*
2) *CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale*

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda OspedalieraBrotzu

UFFICIO FORMAZIONE

"IL MODELLO SCERTS: L'INTERVENTO SULLE COMPETENZE SOCIALI ED EMOTIVE NEL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO"

Data 1 e 2 Ottobre 2015

AOB – Aula CICCU

Programma didattico dettagliato

PRIMA GIORNATA

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	/////	/////	//	////////	////////	
Sessione 1 mattina					/////	
Dettaglio 1	8.45	9.15	Introduzione al corso, obiettivi e metodi	**LM**	**Dr. Giuseppe Doneddu**	**Dr.ssa Roberta Fadda**
Dettaglio 2	9.15	11:00	Il contributo delle Neuroscienze per la comprensione del Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e i principali domini del modello SCERTS	**RTP**	**Dr. Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 3	11:00	11.15	pausa			
Dettaglio 4	11.15	12:30	Principi per l'intervento secondo il modello SCERTS	**LM**	**Dr. Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 5	12:30	13:30	Regolazione Emotiva e comportamento	**DT**	**Dr. Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 6	13:30	14:30	**pranzo**			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.30	15.45	Promuovere la comunicazione sociale: identificazione degli obiettivi dei primi stadi del modello SCERTS	**LM,**	**Dr. Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 2	15.45	16.30	Promuovere la comunicazione sociale: identificazione degli obiettivi degli stadi avanzati del modello SCERTS	**LM**	**Dr. Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 3	16.30	17.15	Identificazione degli stadi evolutivi e obiettivi essenziali per la regolazione emotiva	**DT**	**Dr. Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 4	17.15	17.45	**Dibattito e conclusioni**	**CD**	**Dr. Giuseppe Doneddu**	**Dr.ssa Roberta Fadda**

SECONDO GIORNO

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	/////	/////	//	////////	/////////	
Sessione 1 mattina					/////	
Dettaglio 1	8.45	9.15	Introduzione al corso, obiettivi e metodi	**RTP**	**Dr.ssa Roberta Fadda**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 2	9.15	11.00	Sviluppare un piano educativo secondo il modello SCERTS	**LM**	**Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 3	10.45	11.00	pausa			
Dettaglio 4	11.00	12.45	Obiettivi e strategie per migliorare il coinvolgimento sociale	**DT**	**Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 5	12.45	13.45	Obiettivi e strategie per la gestione dei cambiamenti e delle transizioni	**DT**	**Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 6	13.45	14.45	**PRANZO**			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.45	16:00	Obiettivi e strategie per promuovere l'espressione convenzionale delle emozioni	**DT**	**Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 2	16.00	16.45	Identificare i predittori di un intervento efficace secondo il modello SCERTS	**CD**	**Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 3	16.45	17	Confronto dibattito con i partecipanti	**CD**	**Erin Brooker Lozott**	**Dr. Giuseppe Doneddu**
Dettaglio 4	17	17,30	**Conclusione lavori e verifica apprendimento**	**RTP**	**Dr.ssa Roberta Fadda**	**Dr. Giuseppe Doneddu**

	METHODS	Ore	Min
LM	**LEZIONI MAGISTRALI**	7	45
RTP	**SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO**		
TRD	**TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI**		
CD	**CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")**	*1*	*30*
DT	**DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI**	*5*	*45*
LG	**PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)**		
LPG	**LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO**		
ED	**ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE**		
RP	**ROLE-PLAYING**		