

Circ. n. 30/2016
Prot. n. 57/2016/PP/sr

Torino, 29 Gennaio 2016

**A TUTTE LE FARMACIE
DI TORINO E PROVINCIA
LORO INDIRIZZI**

OGGETTO: EDUCAZIONE CONTINUA - SEGNALAZIONE EVENTI

La scrivente comunica che sono stati organizzati i seguenti eventi formativi :

Titolo	Partecipanti	Data	Crediti
I disturbi bipolari	FondItalia	14/04/2016 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	4
I Disturbi del comportamento alimentare. Comprendere le problematiche della relazione con il cibo: approcci psicoterapici e farmacologici	FondItalia	10/05/2016 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	4
I farmaci antipsicotici	FondItalia	9/06/2016 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	4

Si ricorda che questi corsi formativi sono svolti grazie ai fondi di FondItalia; **per poter partecipare ai corsi è necessario compilare le parti evidenziate e sottoscrivere i documenti in allegato (“ALLEGATO 4/1” solo per chi non l’avesse ancora compilato – ALLEGATO 6/1 da compilare e firmare tutte le volte) che consentiranno a Farmaservizi Formazione di attingere alle risorse economiche dedicate.**

Si chiede quindi di far pervenire tali documenti alla segreteria Farmaservizi Formazione s.r.l. in originale tramite grossista ed anticiparlo tramite fax allo 011.56.98.958 con allegata fotocopia del documento di identità valido.

Per venire incontro alle necessità di Fonditalia, che ci richiede la suddetta documentazione almeno un mese prima dell’evento, si fa presente che **l’iscrizione ai corsi dovrà essere effettuata entro e non oltre il 14/03/2016**, per poter usufruire dei finanziamenti:

il diritto di partecipazione ai singoli eventi è pari a **€ 10,00 esente IVA per i dipendenti delle Farmacie aderenti a FondItalia e per i Titolari di tali farmacie accompagnati da almeno un dipendente** (adesione che non implica nessun costo aggiuntivo per la Farmacia); **Per i dipendenti**

delle strutture non aderenti al Fondo e per i Titolari non accompagnati da un dipendente è previsto un costo di partecipazione pari a € 50,00;

Nel caso in cui l'iscrizione avvenga dopo tale data, il costo del corso sarà di € 50,00 anche per gli aderenti a Fonditalia.

1) “I DISTURBI BIPOLARI”

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

Relatori: Ilenia Bramardi, psicologa specialista in psicologia clinica.

Silvana Caroli, psicologa e psicoterapeuta.

Enrico Maria Bossi, medico chirurgo specialista in psicologia clinica.

La partecipazione, è limitata a 100 laureati in Farmacia e CTF. Il corso consentirà l'acquisizione di **4 crediti ECM.**

Il disturbo bipolare è una malattia cronica che rientra tra i disturbi dell'umore e che rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica.

Si manifesta con disturbi del comportamento e una sofferenza esistenziale tale da minare pesantemente tutti gli ambiti della vita di una persona.

La conoscenza del disturbo bipolare consente di utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per affrontare questa malattia cronica nelle sue diverse forme, strumenti che vanno dalla collaborazione dei familiari al potenziamento dei fattori protettivi.

PROGRAMMA:

- 19.45-20.00 Registrazione dei partecipanti
- 20.00-20.45 Conoscere il disturbo bipolare
- 20.45-21.30 I sintomi del disturbo bipolare
- 21.30-22.00 L'alternanza dell'umore
- 22.00-22.30 Il processo diagnostico
- 22.30-23.00 Eventi stressanti e vulnerabilità genetica
- 23.00-23.30 Terapia del disturbo bipolare
- 23.30-24.00 Il ruolo del farmacista nell'intervento di cura
- Dalle 24.00 Verifica dei risultati del corso

2) “I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. COMPRENDERE LE PROBLEMATICHE DELLA RELAZIONE CON IL CIBO: APPROCCI PSICOTERAPICI E FARMACOLOGICI”

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

Relatori: Ilenia Bramardi, psicologa specialista in psicologia clinica.

Silvana Caroli, psicologa e psicoterapeuta.

Enrico Maria Bossi, medico chirurgo specialista in psicologia clinica.

La partecipazione, è limitata a 100 laureati in Farmacia e CTF. Il corso consentirà l'acquisizione di **4 crediti ECM.**

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari, come anoressia, bulimia, disturbi da alimentazione incontrollata, che vanno a incidere in modo importante sulla qualità di vita della persona che ne soffre. I DCA infatti compromettono la salute fisica e il funzionamento psicologico dell'individuo. Secondo l'APA, American Psychiatric Association, i disordini alimentari sono la prima causa di morte per malattia mentale nei paesi occidentali.

PROGRAMMA:

- 19.45-20.00 Registrazione dei partecipanti
- 20.00-20.15 Classificazione dei disturbi alimentari
- 20.15-21.00 Anoressia, bulimia, obesità, overeater, pica
- 21.00-21.30 BMI
- 21.30-22.00 Psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione
- 22.00-23.00 Note epidemiologiche
- 23.00-24.00 Cenni sul trattamento dei disturbi alimentari
- Dalle 24.00 Verifica dei risultati del corso

3) “I FARMACI ANTIPSICOTICI”

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

Relatori: Ilenia Bramardi, psicologa specialista in psicologia clinica.

Silvana Caroli, psicologa e psicoterapeuta.

Enrico Maria Bossi, medico chirurgo specialista in psicologia clinica.

La partecipazione, è limitata a 100 laureati in Farmacia e CTF. Il corso consentirà l'acquisizione di **4 crediti ECM**.

Gli antipsicotici sono farmaci indicati nel trattamento di sintomi e sindromi psicotiche, quali la schizofrenia, i disturbi bipolari, la depressione psicotica e non solo. Si possono distinguere in antipsicotici di prima e seconda generazione. I trattamenti psicofarmacologici sono individualizzati e la durata del trattamento nel corso della vita dipende dal decorso della patologia.

PROGRAMMA:

- 19.45-20.00 Registrazione partecipanti
- 20.15-21.00 Classificazione degli antipsicotici
- 21.00-21.30 Indicazione, meccanismi d'azione, effetti indesiderati
- 21.30-22.00 Farmaci antipsicotici di nuova generazione
- 22.00-23.00 Indicazioni al trattamento
- 23.00-24.00 Utilizzo dei farmaci antipsicotici nel corso della vita
- Dalle 24.00 Verifica dei risultati del corso

IL PRESIDENTE
dott. Paolo PRINO

SCHEDA DI ADESIONE

Da inviare tramite fax allo 011.56.98.958 o tramite e-mail : corsi@farmapiemonte.org

Titolo	Data	Selezionare
I disturbi bipolari	FondItalia 14/04/2016 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	
I Disturbi del comportamento alimentare. Comprendere le problematiche della relazione con il cibo: approcci psicoterapici e farmacologici	FondItalia 10/05/2016 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	
I farmaci antipsicotici	FondItalia 9/06/2016 2016 Dalle ore 20.00 alle ore 24.00	

FARMACIA: _____

LOCALITA': _____ N° TEL.: _____

N°MATICOLA INPS _____ N°TOTALE DIPENDENTI: _____

DI CUI N° DONNE: _____

N° LAVORATORI CON ALTRO CONTRATTO: COCOPRO_ APPRENDISTI: _____

PARTECIPANTE:

PER IL DIPENDENTE (partecipazione obbligatoria)

COGNOME E NOME: _____

Indirizzo e-mail (dove verrà inviata la conferma dell'iscrizione) _____

Tipologia contrattuale (esempio tempo determinato, indeterminato, apprendista,...) _____

Anno di Assunzione: _____ Assunzione ai sensi della legge 68/99(si/no) _____

Tipo fascia protetta (diversamente abile, over 45, immigrato) si/no _____

PER IL TITOLARE (partecipazione facoltativa):

COGNOME E NOME: _____

Indirizzo e-mail (dove verrà inviata la conferma dell'iscrizione) _____

FATTURA INTESTATA A :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____ RAG.SOCIALE _____

CAP: _____ COMUNE _____ CAP: _____ COMUNE _____

C.FISCALE _____ P.IVA _____

NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail.

Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento.

Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.

Allegato 4 / 1
Linee Guida Sportello Imprese Fonditalia
DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO DI PIANO
(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

indirizzo (personale) _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

1. dichiara di aver fornito al soggetto *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la partecipazione al piano a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dalle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. dichiara di essere aderente a Fonditalia;
5. chiede all'organismo *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* di inserire l'impresa rappresentata nel Piano "FORMAZIONE CONTINUA *FARMASERVIZI FORMAZIONE*" codice sistema FondItalia _____ a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012 approvate dal CDA del 14 luglio 2010;
6. stabilisce che le risorse provenienti dall'accantonamento dello 0,30% siano da considerarsi in condivisione solidale con tutte le imprese beneficiarie del suddetto Piano.
7. autorizza il soggetto Proponente il piano codice _____ all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata per le attività di formazione continua previste da Fonditalia, secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso soggetto Proponente.

Luogo e Data

firma del legale rappresentante
(allegare fotocopia del documento d'identità valido)

Allegato 6 / 1
Linee Guida Sportello Imprese FondItalia
RICHIESTA CONTRIBUTO
E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO DI PROGETTO
(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

indirizzo _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

1. dichiara di aver preso visione delle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012 e ai fini della partecipazione di aver fornito al soggetto *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la presentazione del progetto a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dalle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. delega l'organismo *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* a predisporre e a presentare il Progetto "**I DISTURBI BIPOLARI**" codice sistema FondItalia _____ a valere sul Piano "FORMAZIONE CONTINUA FARMASERVIZI FORMAZIONE" codice sistema FondItalia _____ presentato per le Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
5. si impegna, in quanto soggetto beneficiario di progetto, a rimanere aderente a FondItalia fino all'erogazione del saldo;
6. conferma formalmente la delega al soggetto Proponente del Piano a valere sul quale è stato approvato il Progetto "**I DISTURBI BIPOLARI**", all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso soggetto Proponente. Tale delega è confermata fino a quando l'accantonamento delle risorse dell'impresa da me rappresentata sia sufficiente a recuperare il contributo riconosciuto per il Progetto di cui sopra.
7. **richiede per la propria impresa un contributo per la realizzazione delle attività previste dal progetto di euro _____, _____**
8. dichiara che il contributo richiesto per la propria impresa è **fuori applicazione della normativa vigente sugli Aiuti di Stato** alla formazione, ai sensi della circolare del Ministero del Lavoro n°0010235 del 12 giugno 2009 e s.m.i..
9. si impegna, nel caso di approvazione del Progetto, a co-finanziarlo per un importo pari alla differenza fra il costo totale del progetto e il contributo riconosciuto da FondItalia.

Luogo e Data

firma del legale rappresentante

Allegato 6 / 1
Linee Guida Sportello Imprese FondItalia
RICHIESTA CONTRIBUTO
E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO DI PROGETTO
(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

indirizzo _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

1. dichiara di aver preso visione delle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012 e ai fini della partecipazione di aver fornito al soggetto *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la presentazione del progetto a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dalle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. delega l'organismo *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* a predisporre e a presentare il Progetto "**I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. COMPRENDERE LE PROBLEMATICHE DELLA RELAZIONE CON IL CIBO: APPROCCI PSICOTERAPICI E FARMACOLOGICI**" codice sistema FondItalia _____ a valere sul Piano "FORMAZIONE CONTINUA FARMASERVIZI FORMAZIONE" codice sistema FondItalia _____ presentato per le Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
5. si impegna, in quanto soggetto beneficiario di progetto, a rimanere aderente a FondItalia fino all'erogazione del saldo;
6. conferma formalmente la delega al soggetto Proponente del Piano a valere sul quale è stato approvato il Progetto "**I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. COMPRENDERE LE PROBLEMATICHE DELLA RELAZIONE CON IL CIBO: APPROCCI PSICOTERAPICI E FARMACOLOGICI**", all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso soggetto Proponente. Tale delega è confermata fino a quando l'accantonamento delle risorse dell'impresa da me rappresentata sia sufficiente a recuperare il contributo riconosciuto per il Progetto di cui sopra.
7. **richiede per la propria impresa un contributo per la realizzazione delle attività previste dal progetto di euro _____, _____**
8. dichiara che il contributo richiesto per la propria impresa è **fuori applicazione della normativa vigente sugli Aiuti di Stato** alla formazione, ai sensi della circolare del Ministero del Lavoro n°0010235 del 12 giugno 2009 e s.m.i..
9. si impegna, nel caso di approvazione del Progetto, a co-finanziarlo per un importo pari alla differenza fra il costo totale del progetto e il contributo riconosciuto da FondItalia.

Luogo e Data

firma del legale rappresentante

Allegato 6 / 1
Linee Guida Sportello Imprese FondItalia
RICHIESTA CONTRIBUTO
E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO DI PROGETTO
(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n.445)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

indirizzo _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

1. dichiara di aver preso visione delle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012 e ai fini della partecipazione di aver fornito al soggetto *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* tutte le indicazioni richieste da FondItalia per la presentazione del progetto a valere sulle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
2. si impegna a ratificare dette informazioni nei termini e con le modalità previste dalle Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
3. autorizza FondItalia al trattamento dei dati a norma del D.Lgs. 196/03;
4. delega l'organismo *FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L.* a predisporre e a presentare il Progetto "**I FARMACI ANTIPSIKOTICI**" codice sistema FondItalia _____ a valere sul Piano "FORMAZIONE CONTINUA FARMASERVIZI FORMAZIONE" codice sistema FondItalia _____ presentato per le Linee Guida Sportello Imprese 2010-2012;
5. si impegna, in quanto soggetto beneficiario di progetto, a rimanere aderente a FondItalia fino all'erogazione del saldo;
6. conferma formalmente la delega al soggetto Proponente del Piano a valere sul quale è stato approvato il Progetto "**I FARMACI ANTIPSIKOTICI**", all'utilizzo delle risorse accantonate dall'impresa da me rappresentata secondo i criteri di opportunità e necessità formativa identificati dallo stesso soggetto Proponente. Tale delega è confermata fino a quando l'accantonamento delle risorse dell'impresa da me rappresentata sia sufficiente a recuperare il contributo riconosciuto per il Progetto di cui sopra.
7. **richiede per la propria impresa un contributo per la realizzazione delle attività previste dal progetto di euro _____, _____**
8. dichiara che il contributo richiesto per la propria impresa è **fuori applicazione della normativa vigente sugli Aiuti di Stato** alla formazione, ai sensi della circolare del Ministero del Lavoro n°0010235 del 12 giugno 2009 e s.m.i..
9. si impegna, nel caso di approvazione del Progetto, a co-finanziarlo per un importo pari alla differenza fra il costo totale del progetto e il contributo riconosciuto da FondItalia.

Luogo e Data

firma del legale rappresentante
