

Allegato 2

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DOTT./DOTT.SSA Caterina Scafariello
(allegato alla domanda di partecipazione)

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI GESTIONALI/DI NATURA PROFESSIONALE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:

<u>DATI PERSONALI</u>	
Cognome e Nome	Scafariello Caterina
Data di nascita	2
Indirizzo (residenza)	3
Indirizzo (domicilio)	
Telefono	
E-mail PEC	
Nazionalità	
<u>Titoli accademici e di studio</u> Elencare separatamente ciascun titolo accademico conseguito evidenziando per ognuno l'Ente e l'anno di conseguimento. - lauree - specializzazioni - dottorati - master - corsi di perfezionamento	DIPLOMA MATURITA' CLASSICA LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA LA SAPIENZA UNIVERSITA' 1985 SPEC. PSICHIATRIA CON LAUREA 1989 PERF. PSICHIATRIA ETÀ EVOLUTIVA DIPLOMA PSICOANALISTA ISTITUTO TRAINING SPI 2006 ESPERTO PSICOANALISTA BAMBINI E ADOLESCENTI 2012 MASTER ECONOMIA E GESTIONE SANITA' PTV 2010 MASTER IMMUNOLOGIA PEDIATRICA LA SAPIENZA 2016 ISCRIZ. MASTER NEUROIMMUNOLOGIA NEURONED FEB 2024 IDONEITA' PER FREQUENTARE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE NPI TOR VERGATA OTTOBRE 2023
<u>Tipologia delle istituzioni e tipologia delle prestazioni erogate</u> Elencare: - la tipologia delle istituzioni in cui la candidata ha svolto la sua attività - la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime	Ospedale militare Perugia consulente civile neuropsichiatria Da ottobre 1989 a gennaio 1990 Da gennaio 1991 dirigente medico asl rm 24 tempo determinato Da maggio 1991 a tutt'oggi dirigente medico psichiatra asl Roma 24 poi Roma g e c Da 1992 servizio CSM di Monterotondo Da 2020 a ottobre 2012 posizione di ricerca presso direzione del dipartimento Da ottobre 2012 a tutt'oggi dirigente psichiatra in Spdc
<u>Esperienze lavorative</u> Elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto evidenziando per ognuno: - nome e indirizzo dell'Azienda / Ente (specificare se pubblica o privata o accreditata con SSN)	CSM MONTEROTONDO DAL 1992 AL 2010 VISITE PSICHIATRICHE, ORGANIZZAZIONE PI GRUPPI ATTIVITÀ RIABILITATIVE DAL 1995 AL 1999 DAL 2010 AL 2012 RICERCA NELL'AMBITO DELLA DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO DAL 2012 ATTIVITÀ IN SPDC CON PARTICOLARE CURA ALTRATTAMENTO DEGLI EZORDI E DEI

Allegato 2

- periodo lavorativo (da gg.mm.aa. - a gg.mm.aa.) - qualifica ricoperta e tipologia del rapporto di lavoro (lavoro subordinato, incarico libero prof.le ecc.) - principali mansioni e responsabilità (specificare l'attribuzione di eventuali incarichi manageriali: direzione di moduli organizzativi, strutture semplici, strutture complesse e la normativa di riferimento)	V. percorsi complessivi di pazienti multi richiesti in P.S.
<u>Soggiorni di studio o di addestramento prof.le</u> Elencare le singole attività attinenti la disciplina effettuate in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori precisando struttura, attività svolta, periodo (da gg.mm.aa. - a gg.mm.aa.)	A novembre 1995 visiting doctor presso Chostnut Lodge Hospital Rockville Maryland
<u>Attività didattica</u> Elencare le singole attività didattiche presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell'anno accademico, della materia e delle ore annue di insegnamento.	NEL 2011 HO SVOLTO LEZIONI PRESSO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOLOGIA DELLA SALUTE E HO CURATO LA CONVENZIONE DELLA STESSA CON L'AZIENDA R.H.G Non valutabile
<u>Corsi, congressi, convegni e seminari</u> Elencare le singole partecipazioni, in qualità di relatore/moderatore/docente a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, purché abbiano in tutto o in parte, finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento, di ricerca scientifica.	Dal 2000 al 2020 ho partecipato a vari convegni della società psicoanalitica italiana e della società europea Partecipo all'attività scientifica presso il centro di psicoanalisi Romano e presso il centro Torinese di psicoa
<u>Produzione scientifica</u> Elencare le singole pubblicazioni degli ultimi 10 anni edite a stampa indicando per ognuna il titolo, gli autori, la rivista scientifica. Per i libri di testo o capitoli in libri, indicare titolo, autore, casa editrice, anno di pubblicazione. <u>I singoli lavori devono essere elencati in maniera dettagliata nella presente parte del curriculum</u>	Non presente negli ultimi 10 anni

Allegato 2

<u>Tipologia quantitativa e qualitativa delle prestazioni effettuate</u> Concerne l'attività/casistica misurabile in termine di volume e complessità riferita al quinquennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso.	Attività di reparto visita consulenze in ps e reparti partecipazione a riunioni e briefing
<u>Attività di ricerca</u> Elencare le singole attività di ricerca pertinenti svolte (di rilievo nazionale o internazionale)	Dal 2016 frequento ambulatorio di neurologia pediatrica del policlinico Umberto I Collaborando con il prof Alberto Spalice per i casi di PaNDas e PANS MI OCCUPO DI MANIFESTAZIONI NEUROPSICHIATRICHE NEL CORSO DI MALATTIE AUTOIMMUNI'
<u>Capacità e competenze personali, capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali</u> Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite	Capacità organizzative per quanto riguarda la gestione del gruppo di lavoro Disponibilità e versatilità nelle situazioni di emergenza. CONOSCENZA LINGUE FRANCESE STRANIERE INGLESE TEDESCO RUSSO

Data Roma 24 marzo 2024

Firma CATERINA SCOPARIELLO

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03

Data 24/3/2024

Firma CATERINA SCOPARIELLO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a SCAFARIELLO CATERINA
nato/a a TORINO il 26/08/60
titolare dell'incarico di ELABORAZIONE DI UNEE GUIDA E CONTESTUALIZZAZIONE
DI PERCORSI DI CURA NELL'AMBITO DEL DSMPP UOC SPDL TIVOLI

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D. Lgs. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell'informativa privacy di cui all'Allegato 1.

Tivoli, 23/3/2024

FTO
Firma SCAFARIELLO CATERINA

Ai sensi dell'art. 20 D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, si rende noto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ASL Roma 5 - www.aslroma5.it.