



Deliberazione n. 2513

Adottata dal Commissario Straordinario in data 10.12.2019

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Gestione Infermieristica dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva". Spesa complessiva € 5.424,00.

---

Il Commissario Straordinario Dott. Paolo Cannas  
Coadiuvato da  
Direttore Amministrativo Dott. Ennio Filigheddu  
Direttore Sanitario Dott. Raimondo Pinna

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 10.12.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico dell' Azienda Ospedaliera Brotzu

SI  X NO

---

Il Commissario Straordinario Dott. Paolo Cannas

- SU** proposta della SSD 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;
- Considerato** che l'Azienda, nello specifico la Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza vuole attivare il suddetto corso al fine di garantire conoscenze adeguate per la gestione della Psicopatologia Grave in condizioni sia di acuzie (urgenze) che nella terapie a lungo termine;
- Considerato** altresì che il Commissario Straordinario ha autorizzato l'attuazione del suddetto corso di formazione fuori dal Piano Annuale della Formazione come da nota mail del 24.09.2019 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Ritenuto** che l'attività formativa rivolta al personale sanitario della Struttura, per un totale di 50 partecipanti suddivisi in due edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il progetto formativo: "Gestione Infermieristica dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

Segue Deliberazione n. 2513 del 10.12.2019

## **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

- autorizzare il PFA ECM: "Gestione Infermieristica dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva". al personale sanitario della Struttura per un totale di 50 partecipanti suddivisi in due edizioni.
  
- confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
  
- determinare che la spesa complessiva sarà pari a € 5.424,00 (cinquemilamilaquattrocentoventiquattro euro) onnicomprensiva, come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.
  
- autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
  
- autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
  
- imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 5.424,00.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott. Paolo Cannas

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Ennio Filigheddu

Il Direttore Sanitario  
Dott. Raimondo Pinna



Al Sig. Commissario Straordinario

### **RICHIESTA:**

- EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE** X

#### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**Gestione infermieristica dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva**

#### **STRUTTURA PROPONENTE**

**Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

#### **OBIETTIVI**

Garantire conoscenza adeguate per la gestione della Psicopatologia Grave in condizioni di urgenza ed in particolare:

- gravi patologie neuropsichiatriche acute** (ideazione o tentativi di auto-soppressione [**suicidio**] e comportamento bizzarro verosimilmente dovuto ad alterazioni logico-formali e/o di contenuto del pensiero [**psicosi**]) che richiedano assistenza continua, in cui il mancato intervento provoca conseguenze catastrofiche.
- aggressività, comportamento oppositivo provocatorio, traumi**, disturbi d'ansia e dell'umore, traumi e abuso, reazioni di adattamento a stress psico-sociali acuti compromettano in maniera significativa il funzionamento psichico e sociale dei minori e delle loro famiglia.
- per situazioni in cui la patologia neuropsichiatrica comporti **gravi ripercussioni dello stato di salute generale fino al rischio di vita**, quali i gravi disturbi dell'alimentazione (es. **Anoressia nervosa** in scompenso acuto).

#### **CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Definizione condivisa della fisiopatologica e delle manifestazioni cliniche delle condizioni psicopatologiche descritte sopra e delle relative modalità di intervento terapeutico sia nelle condizioni di acuzie (urgenze) che nella terapie a lungo termine.

#### **A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

Capacità di analisi clinica e di definizione degli interventi terapeutici più appropriati per i singoli pazienti con specifica psicopatologia grave, sia nelle condizioni di acuzie (urgenze) che nella terapie a lungo termine.

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

Principi generali e specifiche procedure per la definizione ed implementazione di un protocollo condiviso



per la gestione anche infermieristica dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Ricognizione delle strutture aziendali ed extra-aziendali coinvolte nella gestione dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva ed elaborazione di proposte per la definizione di appropriate Procedure Operative Standard.

**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  NO  ( forse si : Aula Thun)

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)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- X Aula con capienza di n. 50 partecipanti
- Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI

 PC **X VIDEOPROIETTORE** ALTRO DA SPECIFICARE \_\_\_\_\_**EDIZIONI E DATE***Il progetto formativo si svolge in più edizioni?*SI  X NO *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.*

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
UNO	25	13 novembre 2019	14 novembre 2019
DUE	25	02 dicembre 2019	03 dicembre 2019

*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. \_\_\_\_\_

 **Geriatrics**

n. \_\_\_\_\_

 **Malattie Metaboliche e Diabetologia**

n. \_\_\_\_\_



<input type="checkbox"/> <i>Malattie dell' Apparato Respiratorio</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Malattie Infettive</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b><i>Neuropsichiatria Infantile</i></b>	n. <b><u>2</u></b>
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	n. _____
<hr/>	
<input type="checkbox"/> <b><i>X Pediatria ( Aziendale ; priorità pronto soccorso)</i></b>	n. <b><u>8</u></b>
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasfusionale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>	<i>n. <u>  2  </u></i>
<input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <b>Odontoiatra</b>	<i>n. _____</i>



- Psicologo – Psicoterapeuta** n. \_\_\_\_\_
- Psicoterapia** n. \_\_\_\_\_
- Psicologia** n. \_\_\_\_\_
- Laureati non medici (specificare)**
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- X Infermiere** n. 20
- X Infermiere pediatrico** n. 10
- Ostetrica/o** n. \_\_\_\_\_
- X Operatori Socio Sanitari** n. 6

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo** n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista (interno alla Clinica)** n. 1
- Logopedista (interno alla Clinica)** n. 1
- 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. \_\_\_\_\_
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro** n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare** n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico** n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audiometrista** n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista** n. \_\_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia** n. \_\_\_\_\_





Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 7 a 11

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i>             | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i>    | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>TUTTE LE PROFESSIONI</b> | n. _____ |

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE: solo** interni all'Azienda  
(*indicare esterni*)

- ASL n. \_\_\_\_\_
- 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 16.45 ad edizione per due edizioni*

#### **PROGRAMMA**

*Si allega file della Bozza del programma del corso: SI X*  *NO*

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

- X** *Fotocopie di testi*
- X** *Slides (pdf)*
- Testi/libri ( indicazioni bibliografiche)*
- Riviste*
- Cd*
- Altri supporti*

#### **VALUTAZIONE**

#### **MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



- 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 (per due edizioni).*

<i>Docenza Interna</i>	<i>€ 1810 (35 h Docenza x 2 edizioni)</i>
<i>Docenza esterna</i>	<i>€ 2600 (12 H Docenza x 2 edizioni)</i>
<i>Pernottamento</i>	<i>€ 330 ( €119 x 3 notti)</i>
<i>Pasti</i>	<i>€ 84 ( 28 x 3 cene)</i>
<i>Spese di viaggio</i>	<i>€ 600</i>
<i>Altro:</i>	
<i>1. materiale didattico</i>	<i>€</i>
<i>2. costo accreditamento</i>	<i>€</i>
<b><i>Totale</i></b>	<b><i>€ 5424</i></b>

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

***Solo personale Aziendale : costi a carico dell'azienda:***

*Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.*

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
 Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €

**RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI**

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
 P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
 P.iva: 02315520920  
 www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
 Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
 Tel. 070.5296.5576  
 Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
 Fax: 070.5296.5594  
 E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
 Sede Ufficio Formazione  
 Corpo G 1° piano  
 Via Edward Jenner  
 09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



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	<u>Alessandro</u>	Cognome	<u>Zuddas</u>
Qualifica	<u>Prof. Ordinario UNICA, Direttore SC</u>		
Struttura	<u>Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (AOB)</u>		
Telefono	<u>07052963512</u>	Cellulare	<u>348 8440455</u>
Fax		email	<u>azuddas.unica@gmail.com</u>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Gabriele</u>	Cognome	<u>Masi</u>
Telefono	<u>050886201</u>	Cellulare	<u>333 5793019</u>
Fax		email	<u>Gabriele.masi@inpe.unipi.it</u>

Direttore S.C. Psicopatologia e Psicofarmacologia dello Sviluppo, IRCCS "Stella Maris", Calambrone, Pisa

Gli altri docenti sono dipendenti AOB o di UNICA (altre al resp.scientifico, Prof. Gagliano, convenzionata con AOB):

**A) Docenti Interni:**

1. Dott.ssa Carla Balia, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
2. Dott.ssa Jessica Boi, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
3. Dott.ssa Sara Carucci, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
4. Dott.ssa Annalisa Fratta, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
5. Dott.ssa Roberta Frongia, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
6. Dott.ssa Maria Giuseppina Ledda, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
7. Dott.ssa Manuela Pintor, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile
8. Prof.ssa Antonella Gagliano, Dir. Medico e Prof. Associato Neuropsichiatria infantile
9. Prof. Alessandro Zuddas, Direttore SC e Prof. Ordinario di Neuropsichiatria infantile

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

La psicopatologia dello sviluppo è una disciplina in rapidissimo sviluppo delle conoscenze con marcate implicazioni nelle modalità cliniche di diagnosi ed intervento terapeutico. La clinica è coinvolta in attività di ricerca cliniche nell'ambito di progetti di ricerca internazionale e garantisce per gran parte del



*territorio regionale, l'emergenza psichiatrica in età evolutiva.*

*Negli ultimi anni è avvenuto un significativo ricambio del personale del comparto afferente alla Clinica: pur trovandosi a gestire quotidianamente situazione di emergenza urgenza, una significativa percentuale del personale non ha mai ricevuto alcuna specifica formazione.*

*Il corso di re-training è concepito come momento di formazione dedicato al personale della clinica, estendibili ad altro personale aziendale potenzialmente interessato (fino ad un massimo di 25 utenti totali per ognuna delle due edizioni), e pertanto a totale carico dell'AOB.*

**B) Motivazione della scelta economica:**

*Il costo del Docente esterno è conforme a quanto previsto dalla Tabella A, Allegato A, della Delib.GR n.32/79 del 24,07,2012.*

*Il compenso dei Docenti interni è conforme a quanto previsto del CC.NN.LL.*

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

*Come documentato del CV, l'unico docente esterno previsto è uno dei più autorevoli psichiatri dell'età evolutiva italiani, con il quale sono in corso da oltre due decenni intense collaborazioni didattiche e di ricerca clinica.*

*Gli altri docenti sono dirigenti medici a tempo indeterminato dell'AOB, escluse la Prof. Gagliano professore di ruolo presso l'Università di Cagliari, in convenzione con AOB e la Dott.ssa Jessica Boi, Dir. Medico Spec. Neuropsichiatria infantile. Preso la stessa AOB.*

**in orario di servizio**  X

**fuori orario di servizio**  X

**B) Docenti Esterni:** 1

*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:** \_\_\_\_\_ **Data (gg/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**

Dott. Paolo Cannas

Commissario Straordinario AO "G. Brotzu"

**Timbro e Firma (leggibile)**  
**Responsabile Scientifico**

Prof. Alessandro Zuddas

**Nome e cognome (in stampatello)**  
Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)

AO Brotzu - Cagliari  
S.O. PEDIATRIA - MICROCITEMIE  
SC Civiltà e Neurosviluppo, Infanzia & Adolescenza  
Prof. Alessandro Zuddas  
DIRETTORE - Matr. 790163

**Timbro e Firma (leggibile)**  
Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)

**Nome e cognome (in stampatello)**  
Il Direttore del Dipartimento  
**Timbro e Firma (leggibile)** X  
Il Direttore del Dipartimento

Dott. Luigi Mascia  
Dipartimento di Pediatria e delle Microcitemie  
AO Brotzu - Cagliari  
DIPARTIMENTO PEDIATRICO  
Direttore: Dr. Luigi Mascia

**Nome e Cognome (In stampatello).**  
Responsabile Ufficio Formazione.  
**Timbro e firma (leggibile)**

Dott. Andrea Corrias  
Responsabile Ufficio Formazione  
AO Brotzu - Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

**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



## SSD FORMAZIONE

## PFA: "Gestione infermieristica dell'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva"

1° edizione 13-14 Novembre 2019

2° edizione 02-03 Dicembre 2019

Aula Thun P.O. Microcitemico

## Programma didattico dettagliato

<b>Sessione 1 mattina</b>	Inizio	Fine	<b>1° giornata</b>	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	09.00	Presentazione contenuti e finalità del Corso	RTP	A. Zuddas	A. Fratta
Dettaglio 2	09.00	10.00	Psicopatologia dello Sviluppo	LG	A. Zuddas G. Masi	S. Carucci
Dettaglio 3	10.00	11.00	I disturbi Psicotici	LG	S. Carucci G. Masi	C. Balia
			Pausa			
Dettaglio 4	11.15	12.15	Disturbi di Condotta	LG	C. Balia G. Masi	S. Carucci
Dettaglio 5	12.15	13.15	Agitazione psicomotoria in soggetti con Disabilità Intellettiva e/o Dist. Autistico	LG	J. Boi G. Masi	A. Zuddas
Dettaglio 6	13.15	13.30	Definizione gruppi	RTP	A. Zuddas	A. Fratta
			Pausa pranzo			
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>						
Dettaglio 1	14.30	15.30	Condotte autolesive non suicidarie e disturbi della regolazione emotiva	LG	G. Ledda G. Masi	A. Zuddas
Dettaglio 2	15.30	16.30	Suicidalità	LG	R. Frongia G. Masi	M. Pintor
Dettaglio 3	16.30	17.30	Abuso e Trauma	LG	A. Fratta G. Masi	G. Ledda
Dettaglio 4	17.30	18.30	Le tecniche di de-escalation	LG	A. Gagliano G. Masi	A. Zuddas
<b>Sessione 1 mattina</b>	Inizio	Fine	<b>2° giornata</b>	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	09.30	Anoressia	LG	M. Pintor G. Masi	R. Frongia
Dettaglio 2	09.30	10.30	Disturbi Somatoformi	LG	A. Fratta G. Masi	G. Ledda
Dettaglio 3	10.30	11.30	Labilità emotiva e disturbi dell'umore. 1° parte	LG	G. Masi A. Zuddas	A. Gagliano
			Pausa			
Dettaglio 4	11.45	12.45	Labilità emotiva e disturbi dell'umore. 2° parte	LG	G. Masi A. Zuddas	A. Gagliano

Dettaglio 5	12.45	13.45	Principi generali sull'uso dei farmaci Psichiatrici in Età Evolutiva	LG	Zuddas G. Masi	S Carucci
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	15.00	17.30	Casi clinici in situazione di Urgenza: Interventi infermieristici Lavoro in 4 piccoli gruppi: (6-7 discenti e due docenti per gruppo)	LPG	S. Carucci A. Fratta C. Balia- R. Frongia A. Gagliano G. Ledda M. Pintor J. Boi	A. Zuddas G. Masi
Dettaglio 2	17.30	18.00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	A. Zuddas	A. Fratta

	<b>METODI DIDATTICI</b>	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	1	15
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI		
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)	13	
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO	2	30
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING		

Zimbra

direzione generale@aob.it

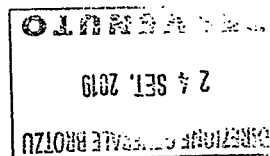
## Richiesta autorizzazione Corso "Gestione infermieristica dell'urgenza psichiatrica in Età evolutiva"

**Da :** Alessandro Zuddas <azuddas.unica@gmail.com>  
**Oggetto :** Richiesta autorizzazione Corso "Gestione infermieristica dell'urgenza psichiatrica in Età evolutiva"

lun, 23 set 2019, 10:54

3 allegati

**A :** Direzione Generale AOB <direzione generale@aob.it>  
**Cc :** LUIGI MASCIA CHPED <luigi.mascia.chped@aob.it>,  
 DIPARTIMENTO PEDIATRICO MICROCITEMIE  
 <dipartimento.pediaterico.microcitemie@aob.it>, Dott.  
 Andrea Corrias <andrea corrias@aob.it>, ufficio formazione  
 <ufficioformazione@aob.it>



Gent.mo Dott. Cannas

In allegato troverà la proposta del corso di formazione sulla "*Gestione infermieristica dell'urgenza psichiatrica in Età evolutiva*" sviluppato nell'ambito delle attività formative per il 2019 del Dipartimento di Pediatria e delle Talassemie.

Il corso era stato inserito nella programmazione dipartimentale per il 2019, ma tale programmazione è giunta in ritardo all'Ufficio Formazione che ha pertanto inserito solo i corsi la cui richiesta era stata inviata direttamente a tale Ufficio.

L'Ufficio si è peraltro mostrato molto disponibile nel portare avanti tutte le attività preparatorie del Corso, che ora necessita dell'autorizzazione formale della Direzione Generale.

La necessità del Corso, tenuta dai Dirigenti medici della Clinica e da un autorevole docente/*discussant* esterno (non universitario), risiede non solo nella necessità di *re-training* del personale infermieristico della Clinica, ma che nella richiesta di formazione/aggiornamento del personale infermieristico (e medico) del PS pediatrico, considerate le persistenti difficoltà nella gestione dei giovani pazienti con psicopatologia che afferiscono a tale Pronto Soccorso.

Considerate le notizie di stampa sulla "migrazione" della nostra Clinica ad un'altra Azienda Ospedaliera, ho verificato con la Direzione Dipartimentale l'opportunità di richiedere alla Direzione Generale di AO Brotzu l'autorizzazione (con il corrispondente impegno finanziario) per tale Corso.

Il dott. Mascia, direttore del Dipartimento mi ha suggerito di procedere con la richiesta, considerata anche la "non-ufficialità" delle notizie e l'oggettiva utilità del corso (anche in considerazione dell'auspicabile persistenza delle collaborazioni in atto entro il Dipartimento) per le strutture Pediatriche che rimarranno affiliate a AO Brotzu.

Stamane la Segreteria della Direzione Generale mi ha consigliato di procedere per mail anziché con incontro *de visu*.

Restando a disposizione per eventuali chiarimenti anche di persona, le sarà grato se vorrà autorizzare il Corso in oggetto.

Cordiali saluti

Alessandro Zuddas

PS. Qualora la possibilità di approvazione sarà confermata sarà mia cura inviare a stretto giro di posta la documentazione mancante (CV dei docenti e domande)

24/9/19

FORMAZIONE