AO Brotzu

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Deliberazione 629

adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 7 APR 2016

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato".

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 8 APR. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

Il Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus
coadiuvato da
Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

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;

Considerato che l'Azienda, nello specifico il Direttore dei Servizi Informativi propone l'attivazione di un Corso di formazione sulla: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato", al fine di aggiornare le competenze del personale sanitario dei PP.OO. Businco e Cao, sulla gestione informatizzata delle richieste verso i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Anatomia Patologica, ecc.;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;

Dato atto che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 84 partecipanti suddivisi in 14 edizioni, sarà svolta sia da docenti interni (fuori orario di servizio) che da docenti esterni (euro 25.82/ora).

Verificato il progetto formativo ECM: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Con 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 PFA ECM: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato", rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 84 partecipanti suddivisi in 14 edizioni.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta sia da docenti interni (fuori orario di servizio) che da docenti esterni, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 2.895,00 (duemilaottocentonovantacinque euro) onnicomprensiva, che graverà sui Fondi Aziendali, per l'aggiornamento professionale anno 2016.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 i costi di competenza.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

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

c. a. Responsabile Ufficio Formazione
Dott. Andrea Corrias

SEDE

Prot. NP / 2016 / 2688

Cagliari, 21 Marzo 2016

OGGETTO: Attivazione progetto formativo aziendale su "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato"

Si trasmette alla Vs. cortese attenzione, il progetto formativo aziendale dal titolo "Gestione integrata dell'Order Entry Informatizzato" destinato alle UU. OO. dei PP. OO. Businco e Cao.

OBIETTIVI

Il progetto si pone l'obiettivo di aggiornare le competenze del personale sanitario sulla gestione informatizzata delle richieste verso i servizi quali Radiologia, Laboratorio, Anatomia Patologica, etc. Saranno introdotte le nuove evoluzioni offerte dai sistemi informativi aziendali: il referto firmato digitalmente, le richieste di consulenza, le richieste di anatomia patologica.
La formazione sarà effettuata a n. 4 KeyUser per reparto (2 Medici e 2 Infermieri) che poi avranno il compito di estendere le competenze acquisite a tutto il personale della propria struttura.

CONTENUTI

1. Introduzione alla gestione informatizzata delle richieste.
2. Generazione della richiesta informatizzata con i software aziendali.
3. Verifica dello stato di avanzamento delle richieste.
4. Consultazione del referto informatizzato.
5. Il referto informatizzato firmato digitalmente.

Restando a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Servizi Informativi
Il Dirigente
Ing. Andrea Aimonda

Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Piazzale A. Ricchi, 1 - 09134 Cagliari
Tel. 070 5391
Fax 070 537453 – 479
www.aobrotzu.it

Servizi Informativi

Tel. 070/539757-830-831-832-833-630
e-mail: si@aob.it

Al Commissario Straordinario

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ☐
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE X

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO:
Gestione integrata dell'Order Entry Informatizzato (PP. OO. Businco e Microcitemico)

STRUTTURA PROPONENTE
SERVIZI INFORMATIVI

OBIETTIVI
Il progetto formativo è destinato ai PP.OO. Businco e Microcitemico.
Il progetto si pone l'obiettivo di aggiornare le competenze del personale sanitario sulla gestione informatizzata delle richieste verso i servizi quali Radiologia, Laboratorio, Anatomia Patologica, etc. Saranno introdotte le nuove evoluzioni offerte dai sistemi informativi aziendali: il referto firmato digitalmente, il controllo appropriatezza, l'accesso alle immagini radiologiche, le richieste di anatomia patologica.
Sarà effettuata a n. 4 KeyUser per reparto (2 Medici e 2 Infermieri) che poi avranno il compito di estendere le competenze acquisite a tutto il personale della propria struttura.
Strutture organizzative coinvolte:

ID	Presidio	Reparto
1	Businco	Oncologia medica
2	Businco	Oncologia medica DH
3	Businco	Chirurgia sperimentale
4	Businco	Oncologia Chirurgica
5	Businco	Oncologia Ginecologica
6	Businco	Ematologia
7	Businco	Ematologia DH
8	Businco	Centro Trapianti Midollo Osseo
9	Businco	Medicina Nucleare
10	Businco	Radioterapia sperimentale
11	Businco	Chirurgia toracica
12	Businco	Anestesia e Rianimazione
13	Businco	Terapia del dolore
14	Microcitemico	Dh Talassemie
15	Microcitemico	Centro trapianti Midollo Osseo
16	Microcitemico	Endocrinologia pediatrica
17	Microcitemico	Neuropsichiatria infantile
18	Microcitemico	Ginecologia, Diagnosi prenatale e PMA
19	Microcitemico	Clinica Pediatrica e Talassemie
20	Microcitemico	2 Clinica pediatrica
21	Microcitemico	Oncoematologia Pediatrica

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

1. Introduzione alla gestione informatizzata delle richieste.
2. Generazione della richiesta informatizzata con i software aziendali.
3. Verifica dello stato di avanzamento delle richieste.
4. Consultazione del referto informatizzato.
5. Il referto informatizzato firmato digitalmente.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Conoscere gli applicativi aziendali per la generazione delle richieste informatizzate.

B) Acquisizione competenze di processo:
Comprendere il processo di generazione, presa in carico, esecuzione e refertazione delle prestazioni sanitarie richieste in modalità informatizzata.

C) Acquisizione competenze di sistema:
Gestione del referto firmato digitalmente. Conoscenza dei prerequisiti per il controllo appropriatezza. L'accesso alle immagini radiologiche. Gestione delle richieste di anatomia patologica.

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: S. C. Sistemi Informativi

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

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

☐ *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 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.
Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.

Edizione	***Partecipanti***	***Data inizio***	***Data fine***
1	6	lunedì 18 aprile 2016	lunedì 18 aprile 2016
2	6	martedì 19 aprile 2016	martedì 19 aprile 2016
3	6	martedì 26 aprile 2016	martedì 26 aprile 2016
4	6	lunedì 2 maggio 2016	lunedì 2 maggio 2016
5	6	martedì 3 maggio 2016	martedì 3 maggio 2016
6	6	lunedì 9 maggio 2016	lunedì 9 maggio 2016
7	6	martedì 10 maggio 2016	martedì 10 maggio 2016
8	6	lunedì 16 maggio 2016	lunedì 16 maggio 2016
9	6	martedì 17 maggio 2016	martedì 17 maggio 2016
10	6	lunedì 23 maggio 2016	lunedì 23 maggio 2016
11	6	martedì 24 maggio 2016	martedì 24 maggio 2016
12	6	lunedì 6 giugno 2016	lunedì 6 giugno 2016
13	6	martedì 7 giugnio 2016	martedì 7 giugnio 2016
14	6	lunedì 13 giugno 2016	lunedì 13 giugno 2016

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

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

- □ ***Medico chirurgo*** *n.* _42_
- □ *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.* _____
- □ *Neuropsichiatria Infantile* *n.* _____
- □ *Oncologia* *n.* _____
- □ *Pediatria* *n.* _____
- □ *Psichiatria* *n.* _____
- □ *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.* _____
- □ *Psicologia* *n.*_____

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

_____ *n.* _____

_____ n. ____
_____ n. ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA *n. 42*
X Infermiere *n. ____*
X Infermiere pediatrico *n. ____*
X Ostetrica/o *n. ____*

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE
□ *Podologo* *n. ____*
□ *Fisioterapista* *n. ____*
□ *Logopedista* *n. ____*
□ *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. 84*

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(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).
Ogni edizione prevede l'intervento di 2 docenti in compresenza, il primo docente avrà il compito di illustrare gli argomenti e le procedure informatiche mentre il secondo docente affiancherà gli allievi nell'esecuzione pratica delle attività.

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore__56

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*
X *Altri supporti __Guida operativa*

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

X *Prova Pratica*
□ *role playing con griglia*
X *prova manuale*

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

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

□ *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	€ 2.895,00
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 2.895,00

FONTI DI FINANZIAMENTO
Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.
Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ €

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	*ANDREA*	*Cognome*	*ALIMONDA*
Qualifica	*DIRIGENTE ANALISTA*		
Struttura	*SERVIZI INFORMATIVI*		
Telefono	*070 539630*	*Cellulare*	*331 6791510*
Fax		*email*	*andrea.alimonda@aob.it*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*MARGHERITA*	*Cognome*	*RUIU*
Telefono	*070 539756*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*margheritaruiu@aob.it*
Curriculum			

Nome	*LAURA*	*Cognome*	*BERRI*
Telefono	*070 539833*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*lauraberri@aob.it*
Curriculum			

Nome	*CINZIA*	*Cognome*	*LALLAI*
Telefono	*070 539757*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*cinzialallai@aob.it*
Curriculum			

Nome	*NICOLETTA*	*Cognome*	*DELOGU*
Telefono	*070 539830*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*nicolettadelogu@aob.it*
Curriculum			

Nome	*ANDREA*	*Cognome*	*ALIMONDA*
Telefono	*070 539630*	*Cellulare*	*331 6791510*
Fax		*email*	*andrea.alimonda@aob.it*
Curriculum			

A) Motivazione della scelta scientifica:
Si rende necessario diffondere la gestione integrata dell'order entry per le richieste informatizzate dai reparti ospedalieri ai servizi erogatori.

B) Motivazione della scelta economica:
Il corrispettivo economico è quello fissato dalla normativa per i dipendenti che svolgono attività di docenza fuori dall'orario di servizio. Anche per il docente esterno è stato previsto il medesimo corrispettivo.

C) Motivazione della scelta dei docenti:
La scelta del docente è ricaduta sul personale dei Sistemi Informativi Aziendali, i cui operatori hanno approfondita conoscenza delle procedure applicative necessarie per il raggiungimento degli obiettivi formativi. Anche il docente esterno (Delogu) possiede pluriennale esperienza nel settore e specifiche competenze sulla materia oggetto del corso, maturate attraverso le collaborazioni con l'Azienda Brotzu.

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio X

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: _____ ***Data*** *(gg/mm/aaaa):* _____

Nome e cognome *(in stampatello)*
Commissario Straordinario GRAZIELLA PINTUS

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus

Timbro e Firma (leggibile)
Commissario Straordinario _____

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

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

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
S.C. Servizi Informativi
Il Dirigente
Ing. Andrea Alimonda

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento _____

Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento _____

Nome e Cognome *(In stampatello)* ANDREA CORRIAS
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)* _____

NOTE:

<u>Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):</u>

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***

<u>Allegare in formato cartaceo</u>

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

PFA: "Gestione Integrata Order Entry Informatizzato"

1° Edizione 18 aprile 2016

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.30	15.30	Introduzione alla gestione informatizzata delle richieste. Presentazione dei diversi strumenti disponibili in base al tipo di erogatore (Laboratorio di analisi, Radiologia, Anatomia patologica, Consulenze)	RTP	M. Ruiu N. Delogu	L. Berri C. Lallai A. Alimonda
Dettaglio 2	15.30	17.30	Generazione della richiesta informatizzata con i software aziendali. Verifica dello stato di avanzamento delle richieste. Consultazione del referto informatizzato. Il referto informatizzato firmato digitalmente.	ED	M. Ruiu N. Delogu	L. Berri C. Lallai A. Alimonda
Dettaglio 4	17.30	18.30	Conclusione Lavori e Verifica apprendimento	RTP	M. Ruiu N. Delogu	L. Berri C. Lallai A. Alimonda

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	**LEZIONI MAGISTRALI**		
RTP	**SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO**	*2*	*00*
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)**		
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**	*2*	*00*
RP	**ROLE-PLAYING**		