AO Brotzu

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Deliberazione 630

adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 7 APR. 2016

Oggetto: Autorizzazione EFR ECM: "Malattie emorragiche e trombosi: dal bambino all'età adulta".

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 la S.C. di Oncoematologia Pediatrica e Patologia della Coagulazione del P.O. Microcitemico vuole attivare il suddetto corso al fine di aumentare e aggiornare le conoscenze nell'ambito delle Malattie emorragiche congenite e della patologia trombotica in età pediatrica, alla luce delle evidenze e delle esperienze assistenziali più recenti;

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 sia dell'Azienda che esterni, per un totale 55 partecipanti. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 30,00 (trenta euro) più IVA;

Verificato il progetto formativo ECM: "Malattie emorragiche e trombosi: dal bambino all'età adulta" 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 EFR ECM: "Malattie emorragiche e trombosi: dal bambino all'età adulta", rivolto al personale sanitario sia dell'Azienda che esterni, per un totale 100 partecipanti.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta sia da docenti interni 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 € 2.300,00 (duemilatrecento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi del P.O. Microcitemico, 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

Al Sig. Commissario Straordinario

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □X
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE □

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
Malattie emorragiche e trombosi: dal bambino all'età adulta

STRUTTURA PROPONENTE
SC ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E PATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE-OSPEDALE MICROCITEMICO

OBIETTIVI
Percorsi clinico-assistenziali

CONTENUTI *(indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*
Le Malattie emorragiche congenite (MEC) sono patologie rare a bassa prevalenza, considerazioni analoghe valgono per gli episodi trombotici in età pediatrica. Entrambe le patologie richiedono in fase diagnostica e terapeutica competenze specialistiche e necessitano di gestione multidisciplinare. Il meeting vuole essere un momento di aggiornamento in tale ambito alla luce delle evidenze e delle esperienze assistenziali più recenti

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Aumentare e aggiornare le conoscenze nell'ambito delle Malattie emorragiche congenite e della patologia trombotica in età pediatrica

B) Acquisizione competenze di processo:
Favorire la gestione multi specialistica e multidisciplinare dei processi diagnostici e assistenziali

C) Acquisizione competenze di sistema:
Favorire la crescita e le competenze globali dei professionisti che seguono pazienti con patologie rare

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

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

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

☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*

☐ *Corso (minimo 4 ore)*

☐ *Retraining*

SEDE DI SVOLGIMENTO

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

SI ☒ *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)*

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

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

☒ *Sala conferenza per n .100 partecipanti*

☐ *Altro (specificare) Aula Thun Ospedale Pediatrico Microcitemico "Antonio Cao "*

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

☐ *PC*

☒ *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE* _____

_____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI ☐ *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 numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	100	15.04.2016	16.04.2016

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.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias
Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

□ *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)
Biologi *n.* ____
_____ *n.* ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA
Infermiere *n.* ____
☒ *Infermiere pediatrico* *n.* ____
□ *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.*____
Operatore Socio Sanitario *n. 5*

TUTTE LE PROFESSIONI *n. 95*

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE

70 interni
30 provenienti da altre Aziende Sanitarie
□ *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 ***8***

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI ☒ 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*

☒ *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	*€*
Pernottamento	*€ 600*
Pasti	*€ 200*
Spese di viaggio	*€ 1500*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 2300*

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:	*70%*	*€*
Quote di iscrizione:	*€ 30 per 30 partecipanti esterni*	*€ 900*

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	*Anna Brigida*	*Cognome*	*Aru*
Qualifica	*Dirigente Medico*		
Struttura	*Oncoematologia Pediatrica e Patologia della Coagulazione Ospedale Microcitemico*		
Telefono	*0706095689*	*Cellulare*	*3405969915*
Fax	*0706095540*	*email*	*annab.aru@aob.it*

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

Nome	*Anna Brigida*	*Cognome*	*Aru*
Qualifica	*Dirigente Medico*		
Telefono	*0706095689*	*Cellulare*	*3405969915*
Fax	*0706095540*	*email*	*annab.aru@aob.it*

Nome	*Doris*	*Cognome*	*Barcellona*
Telefono	*070 51096083*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*barcellona@medicina.it*
Curriculum			

Nome	*Cristina*	*Cognome*	*Santoro*
Telefono	*06 857951*	*Cellulare*	*334 14227359*
Fax		*email*	*santoro@bce.uniroma.it*
Curriculum			

Nome	*Rita Carlotta*	*Cognome*	*Santoro*
Telefono	*0961 722180*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*ritacarlottasantoro@gmai.com*
Curriculum			

Nome	*Michela*	*Cognome*	*Pellecchia*
Telefono	*070.5391*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*michelapellecchia@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Dario*	*Cognome*	*Pruna*
Telefono	*070.6093417*	*Cellulare*	*334 14227359*
Fax		*email*	*Dario.pruna@aob.it*
Curriculum			
Nome	*Anna Maria*	*Cognome*	*Fulghesu*
Telefono	*070 6754235*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*fulgh@tiscali.it*
Curriculum			

Nome	Francesco	Cognome	Marongiu
Telefono	070 6754188	Cellulare	
Fax	070 51096201	email	marongiu@medicina.unica.it
Curriculum			

Nome	Antioco	Cognome	Meloni
Telefono	070 4511527	Cellulare	349 3252095
Fax		email	antiocomeloni@alice.it
Curriculum			

Nome	Antonella	Cognome	Nonnis
Telefono	070 5296 5649	Cellulare	347 7297965
Fax	070 5296 5540	email	antononnis@gmail.com
Curriculum			

Nome	Gianluigi	Cognome	Pasta
Telefono	02 55036321	Cellulare	333 2539893
Fax		email	Gianluigi.pasta@policlinico.mi.it
Curriculum			

Nome	Paola	Cognome	Saracco
Telefono	011 3135787	Cellulare	
Fax		email	Paola.saracco@unito.it
Curriculum			

Nome	Valeria	Cognome	Setzu
Telefono	070 609 4385	Cellulare	3345388054
Fax		email	valeriasetzu@gmail.com
Curriculum			

Nome	Antonio	Cognome	Cocco
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	Rosamaria		Mura
Telefono	070.6095686	Cognome	
Fax		Cellulare	
Curriculum		email	Rosamaria.mura@aob.it

Nome	Roberto	Cognome	Antonucci
Telefono	070 290015	Cellulare	
Fax		email	rantonucci@uniss.it
Curriculum			

Nome	Nicola	Cognome	Spinelli Casacchia
Telefono	070 290015	Cellulare	
Fax		email	nicolaspinellicasacchia@gmail.com
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:
Aumentare e aggiornare le conoscenze nell'ambito delle Malattie emorragiche congenite e della patologia trombotica in età pediatrica, aerea di interesse scientifico e pratico trasversale a molteplici realtà assistenziali; favorire la gestione multi specialistica e multidisciplinare dei processi diagnostici e assistenziali; favorire la crescita e le competenze globali dei professionisti che seguono pazienti con patologie rare come i difetti della coagulazione.

B)Motivazione della scelta economica:
Congruità con le finalità scientifiche; i docenti prestano la loro opera gratuitamente , con il solo rimborso delle spese sostenute per il viaggio e il pernottamento per i docenti non residenti nella città di Cagliari.

C)Motivazione della scelta dei docenti:
I docenti sono tutti professionisti di acclarata e riconosciuta competenza nel campo specifico; hanno al loro attivo numerose pubblicazioni scientifiche e vengono considerati tra i maggiori esperti a livello regionale , nazionale e internazionale sulla materia.

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐

fuori orario di servizio ☒

B) ***Docenti Esterni:*** ☒

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):* *20/03/2016*

Nome e cognome *(in stampatello)*
Commissario Straordinario
Timbro e Firma (leggibile)
Commissario Straordinario

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" DIREZIONE GENERALE

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa,
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa

Rosamaria Mura

AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
Servizio di Oncoematologia Pediatrica e Patologia della Coagulazione
Tel. 070 5296 5686 - Fax 070 5296 5540
Responsabile: ***Dott. Rosamaria Mura***

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

AO Brotzu - Ca
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO
DIRIGENTE SANITARIO
Dott. Giuseppe Pir

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

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE

NOTE:

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***

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

"Malattie emorragiche e trombosi: dal bambino all'età adulta"

15-16 Aprile 2016

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 sera	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15.00	15.30	Presentazione Corso: contenuti ed obiettivi	RTP	Mura	A.B. Aru
Dettaglio 2	15,30	16.00	Fisiopatologia della Coagulazione	RTP	F. Marongiu	D. Barcellona
Dettaglio 3	16,00	16.30	La Trombosi in età Pediatrica: il Registro Italiano delle Trombosi Infantili	RTP	P. Saracco	A.B. Aru
Dettaglio 4	16,30	17.00	Il trattamento: vecchi e nuovi farmaci	RTP	D. Barcellona	F. Marongiu
			Pausa			
Dettaglio 5	17,10	18,05	Eventi trombotici in età neonatale: Il punto di vista dl neonatologo/il punto di vista del neurologo	LG	R.Antonucci Dario Pruna	P. Saracco F. Marongiu
Dettaglio 6	18,05	19,00	Trombosi e trattamento estroprogestinico: il punto di vista del ginecologo/ il punto di vista dell'ematologo	LG	A.M. Fulghesu F. Marongiu	A.B. Aru P. Saracco
Dettaglio 7	19.00	19,30	Discussione e dibattito	CD	R. Mura	A.B. Aru
Sessione 2 mattina						
Dettaglio 1	9.00	9,30	Le Malattie Rare: il punto di vista dei Pazienti	RTP	N. Spinelli	A.B. Aru
Dettaglio 2	9,30	10.00	Le Malattie Emorragiche Congenite: l'Emofilia	RTP	A. Nonnis	A.B .Aru
Dettaglio 3	10.00	10.30	Novità nelle terapia dell'Emofilia: i nuovi farmaci	RTP	*R. Santoro*	*A.B. Aru*
Dettaglio 4	10.30	11.00	Farmaci ad alto costo nel panorama sanitario attuale	*RTP*	*M. Pellecchia*	*R. Mura*
	11.00	11.10	Pausa			
Dettaglio 5	11.10	11.30	Il paziente emofilico e l'età adulta	*RTP*	*A. Cocco*	*A.B. Aru*
Dettaglio 6	11,30	12.20	Focus su Artropatia Emofilica: Fisiopatologia/ problematiche emergenti/ esempi clinici	*LG*	*V. Setzu G. Pasta*	*A. Cocco*
Dettaglio 7	12,20	12,50	Il paziente emofilico al Pronto Soccorso	*RTP*	*A. Meloni*	*A.B. Aru*
Dettaglio 8	12,50	13,20	Le Malattie Emorragiche Congenite Rare: Carenza Fattore XIII/ Alterazioni del Fibrinogeno	LG	*C. Santoro*	*A. Nonnis*
Dettaglio 9	13,20	13.50	Discussione	*CD*	A.B. Aru	*Mura*
Dettaglio 10	13.50	14.20	Conclusione Lavori e verifica apprendimento	*RTP*	*Mura*	A.B. Aru

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	**LEZIONI MAGISTRALI**		
RTP	**SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO**	*5*	*20*
TRD	**TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI**		
CD	**CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")**	*1*	
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)**	2	10
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**		