

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 01 AGO. 2017

**OGGETTO:** Autorizzazione PFA ECM: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino". Spesa complessiva € 4.264,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 01 AGO. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

**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 I° Clinica Pediatrica del P.O. "Microcitemico" vuole attivare il suddetto corso al fine di sensibilizzare e informare gli operatori sanitari riguardo i possibili percorsi facilitanti il recupero dello stato di benessere psicofisico del bambino ospedalizzato;

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

**Ritenuto** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

**Valutato** il progetto formativo: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

%

Segue Deliberazione n. 1532 del 01 AGO, 2017

## DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino", rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 15 partecipanti.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Determinare che la spesa complessiva di € 4.264,00 (quattromiladuecentosessantaquattro euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni come da schema allegato.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 4.264,00.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata



**IL DIRETTORE SANITARIO**

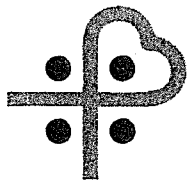
Dott. Vinicio Atzeni



**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Graziella Pintus





AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Alla c/a Dr.ssa Graziella Pintus  
Commissario Straordinario

## **RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

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

*La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino.*

### **STRUTTURA PROPONENTE**

*I Clinica Pediatrica*

### **OBIETTIVI**

*La presa in carico del paziente necessita di un lavoro di equipe multidisciplinare, che vede nel lavoro degli operatori non sanitari, pedagoga-insegnante-musicoterapeuta-volontari, dei preziosi alleati. Pertanto, si ritiene utile fornire al personale sanitario una panoramica circa le opportunità offerte da un percorso di cura integrato con le figure non sanitarie.*

### **CONTENUTI**

*Il corso è articolato in diversi moduli, strutturati in lezioni magistrali e dimostrazioni tecniche: medico; pedagogico; clownterapia; musicoterapia; interventi assistiti con animali di affezione (cane).*

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

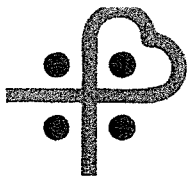
Acquisire competenze comunicativo-relazionali che facilitino e siano di supporto alla presa in carico globale del paziente.

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

Facilitare i processi di interazione e comunicazione all'interno del lavoro di equipe, favorendo le capacità di relazione e di empatia.

#### **C) Acquisizione competenze di sistema:**

Fornire indicazioni utili per applicare, nell'ambito del contesto organizzativo del proprio luogo di lavoro, le competenze acquisite.



**AO Brotzu**  
**TIPOLOGIA DI EVENTO:**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

#### **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 P.O. Microcitemico (biblioteca/aula Thun)

#### **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. \_\_\_\_\_ partecipanti
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- 

#### **AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
  - LAVAGNA A FOGLI MOBILI
  - PC
  - VIDEOPROIETTORE
  - ALTRO DA SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- 

#### **EDIZIONI E DATE**

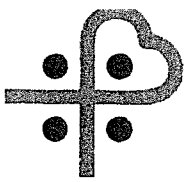
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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.



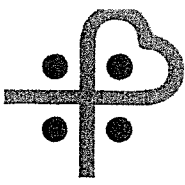
Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
I EDIZIONE (4 giornate)	N. 15	22 settembre 2017	30 settembre 2017

**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. \_\_\_\_\_
- Geriatrics** 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. \_\_\_\_\_



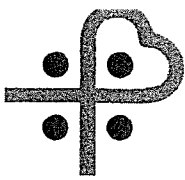
AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

## X PEDIATRA

	n.
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Trasmfusionale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	n. _____
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )	n. _____
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

- 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**

- Infermiere** n. \_\_\_\_\_
- Infermiere pediatrico** n. \_\_\_\_\_
- Ostetrica/o n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

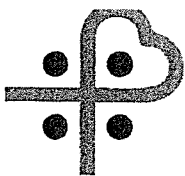
- Podologo n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista n. \_\_\_\_\_
- Logopedista n. \_\_\_\_\_
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia n. \_\_\_\_\_
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica n. \_\_\_\_\_
- Terapista Occupazionale n. \_\_\_\_\_
- Educatore Professionale n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario n. \_\_\_\_\_
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari 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. \_\_\_\_\_
- Dietista n. \_\_\_\_\_
- Igienista Dentale n. \_\_\_\_\_



AO Brotzu

## X PERSONALE NON SANITARIO OSS



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

### TUTTE LE PROFESSIONI

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

### 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).

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 30 totali per edizione.

### 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 o pen drive
- Altri supporti

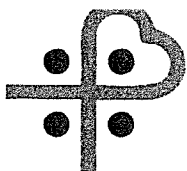
---

### 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 n. 1 interna (25,82 euro l'ora) n. 5 esterne (80 euro l'ora)	€ 51,64 + 2.080,00 = <b>4.263,28</b>
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico (n. 1 risma, blocchi e penne)	€
2. costo accreditamento	€
<b>Totale</b>	€

**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.

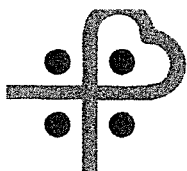
Nome Anna Maria Cognome Nurchi  
Qualifica Direttore  
Struttura I Clinica Pediatrica P.O. Microcitemico  
Telefono 070/52963486 Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email amnurchi@unica.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome Gabriele Cognome Porcu  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare 3471556273  
Fax \_\_\_\_\_ email gabrieleporcu1@alice.it  
Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Marina Cognome De Luca  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare 3404660326  
Fax \_\_\_\_\_ email deluca.marina4gmail.com  
Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Diego Cognome Zedda  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare 3426323150  
Fax \_\_\_\_\_ email zeddadiego.lavoro@gmail.com  
Curriculum \_\_\_\_\_



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Nome	<u>Tobia Simone</u>	Cognome	<u>Tuveri</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3406645450</u>
Fax	_____	email	<u>tobmagicbox@hotmail.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Carla</u>	Cognome	<u>Cortis</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3204325565</u>
Fax	_____	email	<u>cortiscarla@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Francesco</u>	Cognome	<u>Bachis</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3495801530</u>
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

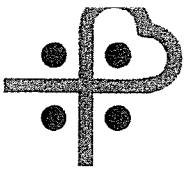
Nome	<u>Carlo</u>	Cognome	<u>Ripoli</u>
Telefono	<u>070/6093470</u>	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>cripolii@aoucagliari.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Teresa</u>	Cognome	<u>Mura</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3386166824</u>
Fax	_____	email	<u>maria.teresa.mura@alice.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Sergio</u>	Cognome	<u>Meloni</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3281825553</u>
Fax	_____	email	<u>Sergio.meloni1@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Roberta</u>	Cognome	<u>Milia</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3208190166</u>
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Agostino Fortunato</u>	Cognome	<u>Di Cesare</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>320 4233911</u>
Fax	_____	email	<u>agostinodicesare@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____

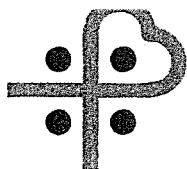


**AO Brotzu**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Nome	<u>Luciana</u>	Cognome	<u>Marotta</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>329 6281399</u>
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Sensibilizzare e informare gli operatori sanitari riguardo i possibili percorsi facilitanti il recupero dello stato di benessere psicofisico del bambino ospedalizzato.

**B) Motivazione della scelta economica:**

Il compenso dei docenti esterni (80 euro l'ora) è conforme a quanto indicato dalle linee guida regionali. Il compenso per il docente interno è di 25,82 euro l'ora. Il materiale richiesto è necessario per mettere i corsisti nelle condizioni di documentare quanto svolto in classe e appreso. I rappresentanti delle Associazioni di volontariato non saranno retribuiti (2 ore per edizione).

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

La scelta dei docenti è stata orientata dalla specificità degli argomenti trattati, che richiedono titoli e competenze adeguati. Due docenti non vengono retribuiti ma partecipano a titolo gratuito in qualità di rappresentanti delle associazioni di volontariato operanti nella I Clinica.

**A) Docenti Interni:**

in orario di servizio   
n. 1 fuori orario di servizio

**B) Docenti Esterni:** n. 4 (+ n 2 non retribuiti) 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)  
Direttore Generale  
Timbro e Firma (leggibile)  
Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Gabriella Pintus

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

Az. Osp. "G. BROTZU" Cagliari  
P.O. Pediatrico MICROCITEMICO A. Cao  
Prof.ssa Anna Maria Nurchi, I Clinica Pediatrica  
P.O. Microcitemico  
CL. PEDIATRICA I  
Direttore: Prof.ssa Anna Maria Nurchi

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

DIRETTORE SANITARIO  
OSP. MICROCITEMICO  
Dott. M. Gabriella Nardi

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

AO Brotzu - Cagliari  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp. Dott. Andrea Corrias

NOTE:

"Titolo"

*La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino.*

Data 22 settembre 2017  
 I giorno

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	////////////////////////////////////	///////	///////	
Sessione 1 mattina	9.00	13.00			////	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO MEDICO: PRESENTAZIONE DEL CORSO	LM	Gabriele Porcu	Carlo Ripoli
Dettaglio 2	11.15	13.00	MODULO PEDAGOGIA	DT	Marina de Luca	Maria Teresa Mura
Dettaglio 3						
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
	13.00	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	16.00	MODULO MUSICOTERAPIA	DT	Tobia Simone Tuveri	Sergio Meloni
Dettaglio 2	16.00	18.00	MODULO ATTIVITA' ASSISTITE	ED	Carla Cortis	Francesco Bachis
Dettaglio 3						
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
Dettaglio 6						
Dettaglio 7						

"Titolo"

*La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino.*

Data 23 settembre 2017  
 Il giorno

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	////////////////////////////////////	////////	////////	
Sessione 1 mattina	9.00	13.00			////	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO PEDAGOGIA NARRATIVA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
Dettaglio 2	11.15	13.00	MODULO CLOWNTERAPIA	DT	Diego Zedda	Roberta Milla
Dettaglio 3						
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
	13.00	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	15.00	MODULO MUSICOTERAPIA	DT	Tobia Simone Tuveri	Sergio Meloni
Dettaglio 3	16.00	18.00	MODULO ATTIVITA' ASSISTITE	ED	Carla Cortis	Francesco Bachis
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
Dettaglio 6						
Dettaglio 7						

"Titolo"

*La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino.*

Data 29 settembre 2017  
 III giorno

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	////////////////////////////////////	////////	////////	
Sessione 1 mattina	9.00	13.00			////	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO CLOWNTERAPIA	LM	Diego Zedda	Roberta Milia
Dettaglio 2	11.15	13.00	MODULO PEDAGOGIA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
Dettaglio 3						
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
	13.00	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	16.00	MODULO MUSICOTERAPIA	LM	Tobia Simone Tuveri	Sergio Meloni
Dettaglio 2	16.00	18.00	MODULO ATTIVITA' ASSISTITE	ED	Carla Cortis	Francesco Bachis
Dettaglio 3						
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
Dettaglio 6						
Dettaglio 7						

"Titolo"

*La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino.*

Data 30 settembre 2017

IV giorno

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	////////////////////////////////////	////////	////////	
Sessione 1 mattina	9.00	13.00			////	
Dettaglio 1	9.00	10.00	ATTIVITA' DI VOLONTARIATO	LM	Agostino F. Di Cesare	Luciana Marotta
Dettaglio 2	10.00	11.00	ATTIVITA' DI VOLONTARIATO	LM	Luciana Marotta	Agostino F. Di Cesare
Dettaglio 3	11.15	13.00	MODULO CLOWNTERAPIA	DT	Diego Zedda	Roberta Milia
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
	13.00	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	15.30	MODULO PEDAGOGIA NARRATIVA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
Dettaglio 2	15.30	16.00	VERIFICA DI APPRENDIMENTO	ED	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
Dettaglio 3						
Dettaglio 4						
Dettaglio 5						
Dettaglio 6						
Dettaglio 7						