AO Brotzu

Deliberazione 494

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 01 MAR. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "Corso di Chirurgia Robotica". Spesa complessiva € 7.088,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 02 MAR. 2018 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 S.C di Urologia Trapianto di Rene e Chirurgia Robotica vuole attivare il suddetto corso al fine di diffondere la chirurgia robotica a tutti i reparti di chirurgia della Sardegna;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta ai Medici sia dell'Azienda che esterni per un totale 28 partecipanti suddivisi in sette edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 500,00 (cinquecento euro) più IVA;

Valutato l"evento formativo: "Corso di Chirurgia Robotica" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonchè del Direttore Sanitario;

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 494 del 01 MAR. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare l'EFR ECM: "Corso di Chirurgia Robotica", rivolto ai Medici sia dell'Azienda che esterni per un totale 28 partecipanti suddivisi in sette edizioni.

2. 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.

3. Determinare che la spesa complessiva pari a € 7.088,00 (settemilaottantotto euro) onnicomprensiva, sarà in parte coperta dalle quote delle iscrizioni dei partecipanti esterni la parte restante sarà coperta dal disposto normativo dell'articolo 5, comma 8 della Legge Regionale 13 aprile 2017, n. 5 "Legge di stabilità 2017" che autorizza per l'anno 2017 la spesa di € 150.000,00 (euro centocinquantamila/00) per il finanziamento della scuola di Chirurgia Robotica dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

4. Disporre in € 500,00 (cinquecento euro) più IVA i costi di iscrizione addebitabili a ciascun partecipante esterno. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

5. Autorizzare il Sevizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

6. Autorizzare il Sevizio del Personale al pagamento dei docenti interni.

7. Imputare la spesa complessiva di € 7.088,00 sul fondo previsto dal disposto normativo dell'articolo 5, comma 8 della Legge Regionale 13 aprile 2017, n. 5 "Legge di stabilità 2017" che autorizza per l'anno 2017 di € 150.000,00 (euro centocinquantamila/00) per il finanziamento della scuola di Chirurgia Robotica dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ☑
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ☐

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
corso di chirurgia robotica

STRUTTURA PROPONENTE
struttura complessa urologia trapianto di rene e chirurgia robotica aob

OBIETTIVI
1° obiettivo:
- La diffusione della chirurgia robotica a tutti i reparti di chirurgia della Sardegna: a questo scopo l'obiettivo è far eseguire nel corso dell'anno a chirurghi di chiara fama nazionale o internazionale nelle diverse specialità degli interventi robotici dimostrativi;
- E' prevista infatti la costruzione di un sistema streaming capace di diffondere in rete gli interventi robotici eseguiti nella sala robotica dell'Ospedale San Michele o in alternativa la presenza in loco dei chirurghi provenienti dai reparti sardi;
L'obiettivo in termini numerici è la realizzazione di almeno 2 interventi dimostrativi ogni anno per 3 anni;
2° obiettivo:
Il coinvolgimento di reparti chirurgici interni al San Michele e esterni al San Michele è un obiettivo prioritario. L'aumento del numero delle procedure robotiche deve aumentare almeno di un 5% in piu ogni anno.
La sperenza è la convenzione di reparti ospedalieri sardi con la nostra azienda per l'utilizzo del nostro robot.
3° obiettivo:
diffusione tra medici laureati delle procedure robotiche al fine di indirizzarli alla nuova procedura chirurgica.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)
CORSO TEORICO E PRATICO DI LIVELLO BASE DELLA CHIRURGIA ROBOTICA

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
ACQUISIZIONE LE CONOSCENZE BASE DEL ROBOT DA VINCI ATTRAVERSO PROVE TEORICHE E PRATICHE

B) Acquisizione competenze di processo:
ACQUISIZIONE TECNICHE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA IN SALA OPERATORIE E CONOSCENZE BASICHE TEORICHE

C) Acquisizione competenze di sistema:
__CONOSCENZE DI NUOVE TECNICHE NON INVASIVE_____

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:
aula conferenze 10° piano urologia azienda brotzu
sala operatoria 5° piano

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)*
PRIMA	*4*	*27.03.2018*	*30.03.2018*
SECONDA	*4*	*17.04.2018*	*20.04.2018*
TERZA	*4*	*29.05.2018*	*01.06.2018*
QUARTA	*4*	*19.06.2018*	*22.06.2018*
QUINTA	*4*	*18.09.2018*	*21.09.2018*
SESTA	*4*	*23.10.2018*	*26.10.2018*
SETTIMA	*4*	*20.11.2018*	*23.11.2018*

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.* _____
- ☐ *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.* _____

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

- ☐ *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

□ *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 Perfusione Cardiovascolare* *n.*____

□ *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* *n.*____

□ *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* *n.*____

□ *Tecnico Audiometrista* *n.*____

□ *Tecnico Audioprotesista* *n.*____

□ *Tecnico di Neurofisiopatologia* *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

□ *Tecnico Ortopedico* *n.____*
□ *Dietista* *n_____*
□ *Igienista Dentale* *n._____*

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 294
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	*€ 25,82 X 38,30 X 7= 6922,342* *€ 50X 3,30= 165 EURO*
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:

€ La copertura delle spese per il progetto è garantita dal disposto normativo dell'articolo 5, comma 8 della Legge Regionale 13 aprile 2017, n. 5 "Legge di stabilità 2017" che autorizza per l'anno 2017 la spesa di € 150.000,00 (euro centocinquantamila/00) per il finanziamento della scuola di chirurgia robotica dell'Azienda ospedaliera G. Brotzu.

L'articolazione del progetto e le finalità esposte suggeriscono l'attuazione nell'arco di un triennio a partire dal 2018.

Quote di iscrizione: *€ 500 piu iva per i medici speclalizzandi*
0 per i medici strutturati nelle asl sardegna

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	*MAURO*	*Cognome*	*FRONGIA*
Qualifica	*DIRETTORE*		
Struttura	*S.C UROLOGIA*		
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	*maurofrongia@aob.it*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*STEFANO*	*Cognome*	*MALLOCI*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			
Nome	*ROSSANO*	*Cognome*	*CADONI*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			
Nome	*ANTONCARLO*	*Cognome*	*PAU*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			
Nome	*SILVERIO*	*Cognome*	*PIRO*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			
Nome	*FRANCO*	*Cognome*	*DEPLANO*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			
Nome	*SIMONE*	*Cognome*	*BANDINO*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			
Nome	*FEDERICO*	*Cognome*	*MEDAS*
Telefono		*Cellulare*	
Nome	*MARCELLO*	*Cognome*	*DI ROSA*
Telefono		*Cellulare*	

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

A)Motivazione della scelta scientifica:
diffondere la conoscenza della chirurgia robotica come nuova tecnica mininvasiva

B)Motivazione della scelta economica:
docenti esterni euro 50 all'ora, docenti interni 25,82 come previsto CC.NN, tutto finanziato dal finanziamento regionale di 150.000 euro per 3 anni e una parte sotto copertura delle spese di iscrizione dei partecipanti

C)Motivazione della scelta dei docenti:
_Tutti i docenti vengono scelti per la loro esperienze e conoscenza nell'ambito della chirurgia robotica

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

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" IL DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Graziella Pintus
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) MAURO FRONGIA
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" CAGLIARI DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE DIRETTORE: Dr. Mauro Frongia

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento MAURO FRONGIA
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" CAGLIARI DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE DIRETTORE: Dr. Mauro Frongia

Nome e Cognome *(In stampatello)*
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)* AO Brotzu - Cagliari UFFICIO FORMAZIONE Resp.: Dott. Andrea Corrias

NOTE:

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

1) ***Progetto;***

EFR: "Corso di Chirurgia Robotica"

1° edizione dal 27.03.2018 al 30-03-2018
2° edizione dal 17.04.2018 al 20.04.2018
3° edizione dal 29.05.2018 al 01.06.2018
4° edizione dal 19.06.2018 al 22.06.2018
5° edizione dal 18.09.2018 al 21.09.2018
6° edizione dal 23.10.2018 al 26.10.2018
7° edizione dal 20.11.2018 al 23.11.2018

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 pomeriggio	Inizio	Fine	1° giorno	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15.00	15.30	Il coordinamento infermieristico nella chirurgia robotica	RTP	Franco Deplano	Dott. Mauro Frongia Simone Bandino Federico Medas
Dettaglio 2	15.30	16.00	Il ruolo dell'infettivologo nella Chirurgia Robotica	RTP	Dott. Silverio Piro	Dott. Mauro Frongia Dott. Marcello Di Rosa
Dettaglio 3	16.00	16.30	Presentazione del robot e il suo utilizzo nel rene	DT	Dott. Rossano Cadoni	Dott. Mauro Frongia Stefano Malloci Antoncarlo Pau
Dettaglio 4	16.30	17.00	La chirurgia robotica nella prostata	DT	Dott. Stefano Malloci	Dott. Mauro Frongia Dott. Rossano Cadoni Antoncarlo Pau
Sessione 1 mattina			**2° giorno**			
Dettaglio 1	08.00	08.30	Preparazione del robot e degli strumenti robotici	DT	Simone Bandino	Federico Medas Franco Deplano
Dettaglio 2	08.30	13.30	Chirurgia in diretta in sala operatoria	ED	Dott. Mauro Frongia Dott. Stefano Malloci	Dott. Rossano Cadoni

						Dott. Antoncarlo Pau
	13.30	14.00	PAUSA PRANZO			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.00	18.00	Chirurgia in diretta in sala operatoria	ED	Dott. Mauro Frongia Dott. Stefano Malloci	Dott. Rossano Cadoni Dott. Antoncarlo Pau
Sessione 1 mattina			**3° giorno**			
Dettaglio 1	08.00	08.30	Preparazione del robot e degli strumenti robotici	DT	Simone Bandino	Federico Medas Franco Deplano
Dettaglio 2	08.30	13.30	Esercizi base con il simulatore Da Vinci	ED	Dott. Antoncarlo Pau Dott. Rossano Cadoni	Dott. Mauro Frongia Stefano Malloci
	13.30	14.00	PAUSA PRANZO			
Dettaglio 3	14.00	18.00	Esercizi base con il simulatore Da Vinci	ED	Dott. Antoncarlo Pau Dott. Rossano Cadoni	Dott. Mauro Frongia Stefano Malloci
Sessione 1 mattina			**4° giorno**			
Dettaglio 1	09.00	11.30	Apprendimento pratico e valutazione finale	RTP	Dott. Antoncarlo Pau	Stefano Malloci Dott. Rossano Cadoni Mauro Frongia
Dettaglio 2	11.30	12.00	Conclusione lavori e questionari ECM	RTP	Dott. Antoncarlo Pau	Stefano Malloci Dott. Rossano Cadoni Mauro Frongia