ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1947 del 18.11.2020

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO Emergenza Urgenza Pediatrica". Spesa complessiva € 3.774,00.

PDTD/2020/1982

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 18.11.2020 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere
PERRA LUISANNA Firmato digitalmente da PERRA LUISANNA
Data: 2020.11.18 14:19:53 +01'00'

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI □X NO □

Il Responsabile della SSD Formazione

Visto il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Viste le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;

Visto l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;

Vista la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;

Atteso che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;

Considerato che l'Azienda in particolare la Direzione Medica del P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di implementare in ambito aziendale i Percorsi Clinico Organizzativi, impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2020 approvato con Deliberazione n° 2592 del 24.12.2019;

Dato Atto che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 20 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da Tutor didattici interni ed esterni come da elenco autorizzato nel progetto;

segue Determinazione n. 1947 del 18.11.2020

Valutato il progetto formativo: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO Emergenza Urgenza Pediatrica" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

DETERMINA

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

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO Emergenza Urgenza Pediatrica", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 20 partecipanti, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da Tutor didattici interni ed esterni, come da elenco autorizzato nel progetto,.

3. Di determinare che la spesa complessiva di € 3.774,00 (tremilsettecentosettantaquattro euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2020.

4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

5. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei Tutor didattici interni.

6. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 3.774,00.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

GHIANI CARLA Firmato digitalmente da GHIANI CARLA Data: 2020.11.18 13:24:51 +01'00'

Ass.te Amm.vo Anita Mulas

MULAS ANITA Firmato digitalmente da MULAS ANITA Data: 2020.11.16 13:11:11 +01'00'

Al Sig. Commissario Straordinario

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ☐
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ***X***

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: Emergenza Urgenza pediatrica

STRUTTURA PROPONENTE
Direzione Medica del PO San Michele

OBIETTIVI
Il corso di formazione ha l'obiettivo di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico basato sui percorsi e sugli audit; rappresenta un valido supporto teorico tecnico e operativo per i servizi e gli operatori coinvolti.

CONTENUTI *(indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*
I percorsi clinico organizzativi come strumento di programmazione e controllo, di miglioramento continuo delle prestazioni e di integrazione e coordinamento tra unità organizzative e professionalità diverse

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
I partecipanti acquisiranno metodologie e strumenti operativi volti alla creazione ed al miglioramento continuo di specifici processi aziendali

B) Acquisizione competenze di processo:
Attuare interventi diversi in modo coordinato, tutti orientati verso la realizzazione di un obiettivo comune

C) Acquisizione competenze di sistema:
Conoscere e comprendere il filo conduttore che collega la strategia Aziendale alle attività delle diverse strutture dipartimentali esplicitando i principali processi da presidiare con la predisposizione, attuazione dei percorsi necessari per il loro governo

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 PO San Michele
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.* ***20*** *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.

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*20*	*15/09/2020*	*04/12/2020*

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.* _____
- □ *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. _____

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.*____
- □ *Tecnico Ortopedico* *n.*____
- □ *Dietista* *n.*____
- □ *Igienista Dentale* *n.*____

X TUTTE LE PROFESSIONI *n.* ***20***

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 16 per 1 edizioni, per un totale di 16 ore suddivise i 4 giornate da 4 ore.

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*
X *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*

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.

*Docenza (16*100 €)*	*€ 1600*
*Docenza Tutor Didattici ((16*25.82)*1))*	*€ 413,12*
*Pernottamento (120*4)*	*€ 480*
*Pasti ((2*60)*4))*	*€ 480*
*Spese di viaggio (200*4))*	*€ 800*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ (3774)*

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	*Carla*	*Cognome*	*Ghiani*
Qualifica	*Dirigente Medico*		
Struttura	*Direzione Sanitaria*		
Telefono	*070539438*	*Cellulare*	*-*
Fax	*070530814*	*email*	***carlaghiani@aob.it***

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*Andrea*	*Cognome*	*Capponi*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	***andreacapponi@maggioreosp.-novara.it***
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Francesco*	*Cognome*	*Zavattaro*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	***zavattarofrancesco@gmail.com***
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Donatella*	*Cognome*	*Chiarinotti*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	***d.chiarinotti@gmail.com***
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Carla*	*Cognome*	*Ghiani*
Telefono	*070539438*	*Cellulare*	
Fax	*070530814*	*email*	***carlaghiani@aob.it***
Curriculum	*allegato*		

TUTOR DIDATTICI *(dati dei tutor)*

Nome	*Alessandra*	*Cognome*	*Zucca*
Telefono	*070539431*	*Cellulare*	
Fax	*070530814*	*email*	***alessandra.zucca@aob.it***
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Nicola*	*Cognome*	*Cannas*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Sarah*	*Cognome*	*Montisci*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Carla*	*Cognome*	*Ghiani*
Telefono	*070539438*	*Cellulare*	
Fax	*070530814*	*email*	***carlaghiani@aob.it***
Curriculum	*allegato*		

Nome	*Francesca*	*Cognome*	*Coghe*
Telefono		*Cellulare*	

Fax		email	francescacoghe@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Nicola	Cognome	Cannas
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	allegato		

Nome	Paola	Cognome	Pitzalis
Telefono	070539989	Cellulare	
Fax	070530814	email	paolapitzalisi@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Antonio	Cognome	Manti
Telefono	070539334	Cellulare	
Fax	070530814	email	antoniomanti@aob.it
Curriculum	allegato		

A)Motivazione della scelta scientifica:

Implementare in ambito aziendale i Percorsi Clinico Organizzativi al fine di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico

B)Motivazione della scelta economica:

Ai docenti verrà corrisposto il compenso orario previsto secondo le Linee Guida regionale (100 euro/ ora).
Verranno inoltre rimborsate le spese di vitto, viaggio e alloggio.
Ai tutor verrà corrisposto il compenso secondo il regolamento vigente.

C)Motivazione della scelta dei docenti:

Esperti qualificati nella stesura di PDTA.

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio ☐

B) ***Docenti Esterni:*** **X**

A)Tutor Didattici Interni:

in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio **X**

B) *Tutor Didattici 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)*
Commissario Straordinario _____
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale _____

Timbro e Firma (leggibile)
Responsabile Scientifico _____

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani

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) _____

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
P.O. SAN MICHELE
DIREZIONE MEDICA
Direttore: Dott.ssa Marinella Spissu

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

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani

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

PFA: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi" –

PCO Emergenza Urgenza Pediatrica

Edizione 1 – 15/09/2020 – 13/10/2020 – 24/11/2020 – 04/12/2020

Aula CICCU – I° Piano PO San Michele

Programma didattico

Sessione	Inizio	Fine	PRIMA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9:00	9:30	Presentazione del corso Contenuti ed Obiettivi	RTP	Zavattaro	Cannas P./Ghiani Capponi Chiarinotti	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 2	9:30	11:00	Riesame dei percorsi clinico organizzativi: strumento di programmazione e controllo e coordinamento tra unità organizzative	RTP	Zavattaro	Cannas P./Ghiani Capponi Chiarinotti	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 3	11.00	12.00	Riesame degli strumenti e dei modelli per la stesura dei percorsi clinico organizzativi e la loro rappresentazione	RTP	Zavattaro	Cannas P./Ghiani Capponi Chiarinotti	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 4	12.00	13:00	Riesame del Ragionamento Clinico	RTP	Zavattaro	Cannas P./Ghiani Capponi Chiarinotti	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti

Sessione	Inizio	Fine	SECONDA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	18.30	Percorso e riesame del organizzativo	RTP	Zavattaro	Cannas P./Ghiani Capponi Chiarinotti	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Sessione	**Inizio**	**Fine**	**TERZA GIORNATA**	**Metodologia**	**Docente**	**Sostituto Docente**	**Tutor**	**Sostituto Tutor**
Dettaglio 1	09.00	10.30	Le Matrici delle responsabilità	RTP	Capponi	Cannas P./Ghiani Chiarinotti Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 2	10.30	13.00	Introduzione ai sistemi di monitoraggio	RTP	Capponi	Cannas P./Ghiani Chiarinotti Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Sessione	**Inizio**	**Fine**	**QUARTA GIORNATA**	**Metodologia**	**Docente**	**Sostituto Docente**	**Tutor**	**Sostituto Tutor**
Dettaglio 1	14.30	16:00	Set di indicatori e Audit	RTP	Capponi	Cannas P./Ghiani Chiarinotti Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 2	16.00	18.00	Laboratorio simulazione	LG	Capponi	Cannas P./Ghiani Chiarinotti Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu,

								Pitzalis, Manti
Dettaglio 3	18:00	18:30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Capponi	Cannas P./Ghiani Chiarinotti Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti

LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	14	
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)	2	
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		