

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1947

del 13.12.2023

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Esposizione alle radiazioni ionizzanti per pazienti gravide: valutazione della dose al feto e applicazione dei principi di radioprotezione nella gestione delle pazienti gravide secondo la normativa D. Lgs. 101/2020". Spesa complessiva € 51,64.

PDTD/2023/2018

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 13.12.2023 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

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

SI 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** art. 50, comma 1, lett. b), del D. Lgs. n. 36/2023;
- 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 SC Fisica Sanitaria ha attivato il suddetto corso al fine di migliorare le conoscenze dei rischi dovuti alla esposizione alle radiazioni ionizzanti a scopo medico di pazienti gravide e dei modelli di calcolo per la valutazione della dose. Presentazione della procedura per la gestione delle pazienti con gravidanza accertata, sospetta o non escludibile che sono sottoposte a esami radiologici o medico-nucleari;
- Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2022 approvato con Deliberazione n° 1437 del 22.12.2021;
- Dato Atto** che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 40 partecipanti, è stata svolta da docenti interni in orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;
- Recepito** altresì che l'attività di tutoraggio è stata svolta da Tutor d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il progetto formativo: "Esposizione alle radiazioni ionizzanti per pazienti gravide: valutazione della dose al feto e applicazione dei principi di radioprotezione nella gestione delle pazienti gravide secondo la normativa D. Lgs. 101/2020" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;



segue Determinazione n. 1947 del 13.12.2023

DETERMINA

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

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Esposizione alle radiazioni ionizzanti per pazienti gravide: valutazione della dose al feto e applicazione dei principi di radioprotezione nella gestione delle pazienti gravide secondo la normativa D. Lgs. 101/2020", rivolto personale sanitario dell'Azienda per un totale di 40 partecipanti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività di tutoraggio è stata svolta da Tutor d'aula interni, fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di determinare che la spesa complessiva di € 51,64 (cinquantuno euro 64 centesimi) onnicomprensiva, come da documentazione agli atti della SSD Formazione, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2022.
4. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei tutor d'aula interni.
5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 51,64.

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

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

- EVENTO FORMATIVO REGIONALE**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Esposizione alle radiazioni ionizzanti per pazienti gravide: valutazione della dose al feto e applicazione dei principi di radioprotezione nella gestione delle pazienti gravide secondo la normativa D.Lgs 101/2020

STRUTTURA PROPONENTE

S.C. Fisica Sanitaria

DESTINATARI (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16) (Dirigenza e Comparto)

OBIETTIVI

Descrizione dei rischi dovuti alla esposizione alle radiazioni ionizzanti a scopo medico di pazienti gravide e dei modelli di calcolo per la valutazione della dose. Presentazione della procedura per la gestione delle pazienti con gravidanza accertata, sospetta o non escludibile che sono sottoposte a esami radiologici o medico-nucleari.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

- a) Rischi delle radiazioni ionizzanti al feto
- b) Valutazione della dose al feto
- c) Gestione delle pazienti gravide nelle procedure con radiazioni ionizzanti

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Conoscenza dei principi della radioprotezione per la gestione del rischio associato all'esposizione alle radiazioni di pazienti gravide o potenzialmente gravide sottoposte a esami radiologici e medico-nucleari, con particolare riguardo agli aspetti di giustificazione e ottimizzazione. Conoscenza dei modelli per la valutazione della dose al feto/embrione

B) Acquisizione competenze di processo:

I partecipanti dovranno conoscere la modalità di gestione delle pazienti gravide attraverso la procedura aziendale e i riferimenti normativi attualmente vigenti (D.Lgs 101/2020).



C) Acquisizione competenze di sistema:

I partecipanti al corso dovranno acquisire competenze specifiche per poterle implementare nella organizzazione operative negli ambienti in cui vengono utilizzate radiazioni ionizzanti.

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. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
Specializzazione G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

SSD Formazione
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani
Tel. 070.539438
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

ARNAS G. Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	40	15/12/2022	15/12/2022

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. _____

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 5 a 14

<input type="checkbox"/> <i>Genetica Medica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Geriatrics</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Malattie Metaboliche e Diabetologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Malattie dell' Apparato Respiratorio</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Malattie Infettive</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	n. _____



Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 6 a 14

<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasfusionale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	n. <u>4</u>
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	n. <u>3</u>
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	n. <u>8</u>
<input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	n. _____

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 7 a 14

- Privo di Specializzazione* n. _____
- Odontoiatra** n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____
- Laureati non medici (specificare)**
- Fisico Sanitario* _____ n. 4
- _____ 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

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
Specializzazione **G. Brotzu**
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

SSD Formazione
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani
Tel. 070.539438
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

ARNAS G. Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 8 a 14

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</i> | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i> | n. 21 |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> 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 _____ 4 _____

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



Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 9 a 14

- 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



Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 10 a 14

VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€
Tutor didattico	€
Tutor d'aula	€ 51,64
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 51,64

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ €



Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 11 a 14

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	<u>Sergio</u>	Cognome	<u>Zucca</u>
Qualifica	<u>Dirigente Fisico</u>		
Struttura	<u>Fisica Sanitaria</u>		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Silvia</u>	Cognome	<u>Durzu</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	<u>X</u>		

Nome	<u>Maria</u>	Cognome	<u>Tulli</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	<u>X</u>		

Nome	<u>Sergio</u>	Cognome	<u>Zucca</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	<u>X</u>		

TUTOR D'AULA

Nome	<u>Mario</u>	Cognome	<u>Giaviano</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

A) Motivazione della scelta scientifica:

L'esecuzione delle procedure diagnostiche che utilizzano radiazioni ionizzanti su pazienti in stato di gravidanza documentata o sospetta richiede una particolare attenzione nell'applicazione dei principi radioprotezionistici. La consapevolezza del rischio per il feto/embrione associato alle diverse modalità di imaging deve essere il supporto per la scelta della metodica più appropriata in maniera tale da raggiungere l'obiettivo diagnostico con la dose più bassa ottenibile, senza dover rinunciare all'utilizzo delle radiazioni ionizzanti. Il corso ha lo scopo di illustrare i metodi per la valutazione della dose al feto e l'applicazione pratica per la gestione delle pazienti in stato di gravidanza accertata, presunta o sospetta.

B) Motivazione della scelta economica:

I docenti sono tutti dipendenti dell'ARNAS e svolgeranno l'attività di docenza a titolo gratuito. Il tutor d'aula sarà retribuito come da regolamento aziendale.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sono stati scelti sulla base del ruolo che rivestono all'interno della ARNAS e per la loro formazione professionale.

RICADUTA FORMATIVA

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo
Gestione delle esposizioni in pazienti gravide	Implementazione ed applicazione della procedura aziendale	Modifica del flusso di lavoro come da procedura	6 mesi

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):** _____

Nome e cognome

Direttore Generale Dott.ssa Agnese Foddis

Timbro e Firma

Direttore Generale _____

Timbro e Firma

Responsabile Scientifico Azienda Ospedaliera Brotzu
Fisica Sanitaria
Dott. Sergio Zucca

Nome e cognome

Il Responsabile della struttura organizzativa, Dott. Stefano Loi

Timbro e Firma

Il Responsabile della struttura organizzativa. LOI STEFANO
Firmato digitalmente da LOI STEFANO
Data: 2022.10.03
08:05:08 +02'00'

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento Servizi Dott. Giancarlo Angioni

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento Servizi AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angioni

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile Ufficio Formazione Dott.ssa Carla Ghiani

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile Ufficio Formazione AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani

NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

- 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);

Allegare in formato cartaceo

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale

Esposizione alle radiazioni ionizzanti per pazienti gravide: valutazione della dose al feto e applicazione dei principi di radioprotezione nella gestione delle pazienti gravide secondo la normativa D.Lgs 101/2020

Programma didattico dettagliato

Date corsi

<i>Edizione numero</i>	<i>Partecipanti per edizione</i>	<i>Data inizio</i>	<i>Data inizio</i>
<i>I</i>	<i>Sino ad un massimo di 40</i>	<i>15/12/2022</i>	<i>15/12/2022</i>

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	////////////////////////////////////	////////	////////	
Dettaglio 1	9:00	9:15	Introduzione e presentazione del corso	RTP	S.Zucca	S.Durzu
Dettaglio 2	09:15	10:15	Rischi delle radiazioni ionizzanti al feto	RTP	M.Tulli	S.Zucca
Dettaglio 3	10:15	11:15	Valutazione dose al feto e ottimizzazione in Radiologia Diagnostica e Interventistica	RTP	S.Zucca	S.Durzu
Dettaglio 4	11:15	12:15	Valutazione dose al feto e ottimizzazione in Medicina Nucleare	RTP	S.Durzu	S,Zucca
Dettaglio 5	12:15	12:45	Confronto dibattito	CD	S.Durzu	M.Tulli
Dettaglio 6	12:45	13:00	Compilazione questionario e fine corso	RTP	S.Zucca	S.Durzu

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

