

Deliberazione 1637adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 20 SET. 2016**Oggetto:** Autorizzazione PFA ECM: "Le funzioni di coordinamento nei Servizi".Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 SET. 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 il Dipartimento Servizi del P.O. S. Michele vuole attivare il suddetto corso al fine fornire nuovi strumenti di gestione dei processi di lavoro, impiego di risorse, uniformità nei processi di coordinamento delle attività;**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 delle professioni sanitarie dell'Azienda, per un totale 25 partecipanti.**Verificato** il progetto formativo ECM: "Le funzioni di coordinamento nei Servizi" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;**Ritenuto** che il presente atto ha natura indifferibile ed urgente al fine di poter procedere con l'accreditamento del corso e l'affidamento dell'incarico ai docenti;**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;**DELIBERA**

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il PFA ECM: "Le funzioni di coordinamento nei Servizi", rivolto al personale delle professioni sanitarie dell'Azienda, per un totale 25 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 € 1.480,00 (millequattrocentottanta euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi del Dipartimento Servizi, per l'aggiornamento professionale anno 2016.

Dare atto che il presente atto ha natura indifferibile ed urgente al fine di poter procedere con l'accreditamento del corso e l'affidamento dell'incarico ai docenti.

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

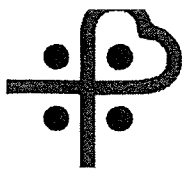
**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Al Sig. Commissario Straordinario  
Dr.ssa Graziella Pintus

## **RICHIESTA:**

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

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

## **LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO NEI SERVIZI**

### **OBIETTIVI**

*Le funzioni di coordinamento in sanità sono un elemento centrale per il cambiamento delle aziende sanitarie e per il conseguimento degli obiettivi di qualità efficienza ed economicità. Nell'ambito delle Aziende sanitarie i Servizi Diagnostici e Riabilitativi forniscono prestazioni qualificanti e fondamentali nel processo di tutela della salute, offrendo un reale contributo alla funzione dell'Azienda Sanitaria.*

### **CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

*Il corso si focalizza prevalentemente nelle seguenti aree tematiche: il ruolo del servizio all'utente ed il concetto di funzione di servizio; l'analisi della situazione normativa; la corretta utilizzazione del personale in servizio, la corretta utilizzazione delle risorse umane sia in riferimento al demansionamento sia in riferimento alle idoneità a condizione.*

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

**apprendimento di strumenti operativi in stretta aderenza al contesto, ai vincoli ed ai problemi concreti delle strutture diagnostiche e riabilitative**

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

**apprendimento di nuovi strumenti di gestione dei processi di lavoro, di impiego delle risorse, di orientamento degli operatori verso un miglioramento qualitativo del servizio reso.**

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

**Uniformità di coordinamento fra tutti i coordinatori afferenti al dipartimento servizi**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**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**

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	25	14 OTTOBRE 2016	15 OTTOBRE 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. \_\_\_\_\_
- 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. \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

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



- 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. 8
- Infermiere pediatrico* n. \_\_\_\_
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n. \_\_\_\_
- Fisioterapista** n. 5
- Logopedista** n. 1
- 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. 2
- Dietista* n. \_\_\_\_
- Igienista Dentale* n. \_\_\_\_
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. \_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare* n. \_\_\_\_
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico** n. 8
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** n. 8
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_
- Tecnico Ortopedico* n. \_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

## 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 \_\_\_\_\_ 11.30 \_\_\_\_\_

### 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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

### VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 950 + 180
Pernottamento	€ 100
Pasti	€ 100
Spese di viaggio	€ 150
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1480.00

### 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 GINO Cognome SEDDA  
 Qualifica Resposabile U.G.R.U. Dipartimento  
 Struttura Dipartimento Servizi  
 Telefono 070539416 Cellulare 3478081951  
 Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Gino Cognome Sedda  
 Telefono 070539416 Cellulare 3478081951  
 Fax \_\_\_\_\_ email ginosedda@aob.it;  
 Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Luca Cognome Benci  
 Telefono 0552646140 Cellulare 3356022326  
 Fax \_\_\_\_\_ email info@lucabenci.it;  
 Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Bruna Cognome Dettori  
 Telefono 070539853 Cellulare 3296286057  
 Fax \_\_\_\_\_ email brunadettori@aob.it;  
 Curriculum \_\_\_\_\_





**A) Motivazione della scelta scientifica:**

L'appropriatezza organizzativa è ornamentale per l'erogazione di servizi di qualità al pari della appropriatezza clinica

**B) Motivazione della scelta economica:**

La scelta è compatibile con il budget a disposizione, inoltre il corso in sede consente di ridurre i costi per singolo partecipante

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

Il dr. Benci è giurista, direttore della rivista di diritto delle professioni sanitarie nonché autore di pubblicazioni sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie

**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): 29/7/16

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

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



*[Handwritten signature]*

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)

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

Direttore del Dipartimento F.F.  
dei Servizi Speciali di Diagnosi e Cure

*[Handwritten signature]*  
Dott. MARIO PANI

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

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU  
UFFICIO FORMAZIONE  
*[Handwritten signature]*



Progetto formativo ECM "LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO NEI SERVIZI"

Venerdì 14 OTTOBRE 2016 ore 8.00 / 14.00

Sabato 15 OTTOBRE 2016 ore 8.00-15.00

**AOB – Aula Congressi P.O. "Businco" Oncologico** (max 25 partecipanti)

**Programma didattico dettagliato**

Giornata 1 Sessione 1 pomeriggio	Venerdì 14 OTTOBRE 2016 ore 8.00 /14.00					
Dettaglio 1	8.15	8.30	Introduzione al concetto di funzione ed al ruolo del Coordinatore	RTP	Dr. Gino Sedda	Dr. Luca Benci
Dettaglio 2	8.30	9.30	Storia della evoluzione delle competenze del Coordinatore: figura gestionale o clinico assistenziale?	RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 3	9.30	10.30	Le innovazioni sui permessi e sui congedi introdotte dai decreti sul Job Act	RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 4	10.30	11.30	La corretta utilizzazione delle risorse ed il problema delle idoneità a condizione	RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
	11.30	12.00	Pausa caffè			
Dettaglio 5	12.00	13.00	La corretta utilizzazione delle risorse ed il problema del demansionamento	RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 6	13.00	13.30	L'inosservanza delle linee guida e procedure: ruolo del coordinatore	RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 7	13.30	14.00	Dibattito e confronto sul tema	CD	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda

Giornata 2 Sessione 2 mattina	Sabato 15 OTTOBRE 2016 ore 8.00-15.00					
Dettaglio 1	8.15	9.00	Salario accessorio e sistema premiante per il personale con funzioni di coordinamento	RTP	Dr. Gino Sedda	Dr.ssa Bruna Dettori
Dettaglio 2	9.00	10.00	La turnistica ordinaria, straordinaria e in pronta disponibilità	RTP	Dr.ssa Bruna Dettori	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 3	10.00	11.00	La corretta utilizzazione delle risorse umane nel rispetto della legislazione "sociale"	RTP	Dr. Gino Sedda	Dr.ssa Bruna Dettori
	11.00	11.30	Pausa caffè			
Dettaglio 4	11.30	12.30	Il ruolo del coordinatore nel raccordo tra le attività di "servizio" e le attività di "degenza"	CD	Dr. Gino Sedda	Dr.ssa Bruna Dettori
Dettaglio 5	12.30	13.30	Il rapporto tra coordinatore e posizione organizzativa	CD	Dr. Gino Sedda	Dr.ssa Bruna Dettori
	13.30	14.00	Pausa pranzo			
Dettaglio 6	14.00	14.30	Presentazione di problemi e casi in seduta plenaria	LPG	Dr.ssa Bruna Dettori	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 7	14.30	15.00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Dr. Gino Sedda	Dr.ssa Bruna Dettori

	<b>METODI DIDATTICI</b>	Ore	Min
<b>LM</b>	<b>LEZIONI MAGISTRALI</b>		
<b>RTP</b>	<b>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</b>	8	
<b>TRD</b>	<b>TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI</b>		
<b>CD</b>	<b>CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")</b>	2	30
<b>DT</b>	<b>DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI</b>		
<b>LG</b>	<b>PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</b>		
<b>LPG</b>	<b>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</b>		30
<b>ED</b>	<b>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</b>		
<b>RP</b>	<b>ROLE-PLAYING</b>		

TOTALE ORE 11