

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 15 MAR. 2017

OGGETTO: Autorizzazione EFR ECM: "Imaging in Radiologia Pediatrica". Spesa complessiva € 10.000,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 15 MAR. 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 S.C. di Radiologia vuole attivare il suddetto corso al fine di far acquisire nuove competenze nell'ambito della radiologia pediatrica, con particolare riguardo all'urgenza;

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

Dato Atto che l'attività formativa è rivolta a Tecnici di Radiologia, Infermieri e Infermieri Pediatrici dell'Azienda e Medici sia dell'Azienda che esterni, per un totale di 65 partecipanti in 5 giornate, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 200,00 (duecento euro) più IVA per i Medici, € 100,00 (cento euro) più IVA per i Medici Specializzandi;

Verificato il progetto formativo: "Imaging in Radiologia Pediatrica" 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. 541 del 15 MAR, 2017

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il EFR ECM: "Imaging in Radiologia Pediatrica", rivolto a Tecnici di Radiologia, Infermieri e Infermieri Pediatrici dell'Azienda e Medici sia dell'Azienda che esterni, per un totale di 65 partecipanti che si svolgerà in 5 giornate.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni con competenza ed esperienza degli argomenti trattati, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale. Ai docenti esterni saranno pagate le spese di viaggio, vitto e pernottamento.
3. Determinare che la spesa complessiva è di € 10.000,00 (diecimila euro) onnicomprensiva, sarà coperta in parte dalle quote di iscrizione dei partecipanti esterni, la differenza graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Disporre che la quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 200,00 (duecento euro) più IVA per i Medici, € 100,00 (cento euro) più IVA per i Medici Specializzandi.
5. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 10.000,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

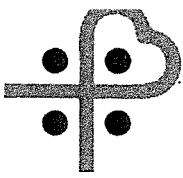


IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus





Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE **PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

IMAGING IN RADIOLOGIA PEDIATRICA :

PATOLOGIA GENITOURINARIA (prima giornata)

APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO (seconda giornata)

PATOLOGIA EPATICA E DEL TRATTO GASTRO-INTESTINALE (terza giornata)

IL COLLO E IL TORACE (quarta giornata)

ENCEFALO E MIDOLLO (quinta giornata)

STRUTTURA PROPONENTE

RADIOLOGIA

OBIETTIVI

Acquisizione di nuove competenze nell'ambito della radiologia pediatrica, con particolare riguardo all'urgenza

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Imaging della patologia del collo, del torace, dell'addome, del sistema nervoso centrale e dell'apparato muscolo scheletrico (cinque moduli) in età pediatrica

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

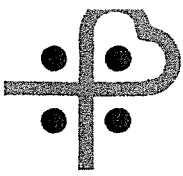
acquisizione di competenze e conoscenze specifiche relative alla scelta di diverse metodiche radiologiche (radiologia tradizionale, ecografia, TAC, RM) nell'ambito della radiologia pediatrica, con particolare riguardo all'emergenza-urgenza

B) Acquisizione competenze di processo:

*acquisizione di competenze di processo con integrazione delle diverse metodiche nell'ottica della costruzione di **PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI** nell'ambito dell'urgenza pediatrica*

C) Acquisizione competenze di sistema:

*Acquisizione di competenze di sistema che implicano l'adeguamento della scelta diagnostica alle migliori evidenze cliniche, sia con l'utilizzo della minore dose di radiazioni (in accordo col principio **ALARA**) che in generale con l'utilizzo delle metodiche meno invasive*



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 _____

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

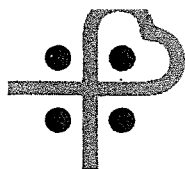
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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	65	1 APRILE2017	1 APRILE2017
		6 MAGGIO 2017	6 MAGGIO 2017
		17 GIUGNO 2017	17 GIUGNO 2017
		1 LUGLIO 2017	1 LUGLIO 2017
		30 SETTEMBRE 2017	30 SETTEMBRE 2017

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

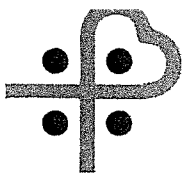
- Farmacista** n. _____
- Ospedaliera** n. _____
- Farmacia Territoriale** n. _____

Medico chirurgo n. **50**

- 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. **4**

- 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. _____

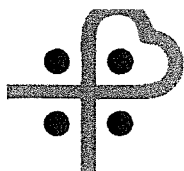


AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

<input checked="" type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	n. 10
<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 checked="" type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. 1
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	n. 5
<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. _____
<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 Trasmfusionale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	n. 20
<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 checked="" type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</i>	n. 1
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	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. **10**
- Odontoiatra n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta n. _____
- Psicoterapia n. _____
- Psicologia n. _____
- Laureati non medici (specificare)

_____ n. _____
n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere n. **3**
- Infermiere pediatrico n. **2**
- 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

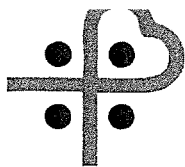
- Assistente Sanitario n. _____
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro n. _____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico n. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica n. **10**
- Tecnico Audiometrista n. _____
- Tecnico Audioprotesista n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia n. _____
- 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 34 in 5 giornate

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI

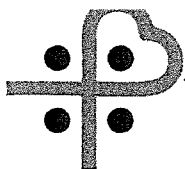
MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- 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



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€
Pernottamento	€ 3.000
Pasti	€ 1.000
Spese di viaggio	€ 6.000
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€

FONDI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:	€ 5.000
Quote di iscrizione:	€ 200 x 20 specialisti, 100 x 10 specializzandi

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.

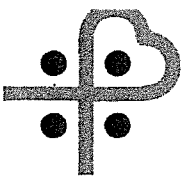
Nome	Grazia Tomasa	Cognome	Bitti
Qualifica	Resp. S.C.		
Struttura	Radiologia		
Telefono	070539858	Cellulare	3336972001
Fax		email	graziabitti@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	Maria Teresa	Cognome	Peltz
Telefono	070539584	Cellulare	
Fax		email	teresapeltz@aob.it
Curriculum			

Nome	Mariangela	Cognome	Marras
Telefono		Cellulare	393282898940
Fax		email	mariangela.marrasmd@gmail.com
Curriculum	x		

Nome	Grazia	Cognome	Bitti
Telefono	070539298	Cellulare	
Fax		email	graziabitti@aob.it

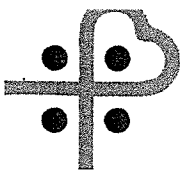


AO Brotzu

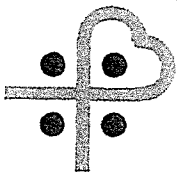


Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Curriculum	x				
Nome	Paolo	Cognome		Tomà	
Telefono		Cellulare			
Fax		email		paolotoma@opb.net	
Curriculum	x				
Nome	Giuseppe	Cognome		Masnata	
Telefono		Cellulare			
Fax		email		giuseppemasnata@gmail.com	
Curriculum					
Nome	Valeria	Cognome		Manca	
Telefono		Cellulare			
Fax		email		valeriamanca@aob.it	
Curriculum					
Nome	Giuliana	Cognome		Roselli	
Telefono		Cellulare		055 794 111	
Fax		email		giuliana.roselli@unifi.it	
Curriculum	x			giuliana.roselli@libero.it	
Nome	Rosamaria	Cognome		Mura	
Telefono	706095686	Cellulare		3204248870	
Fax		email		rosamariamura@aob.it	
Curriculum	x				
Nome	Antonella	Cognome		Nonnis	
Telefono		Cellulare		3477297965	
Fax		email		antonellanonnis@aob.it	
Curriculum	x				
Nome	Domenico	Cognome		Barbuti	
Telefono		Cellulare			
Fax		email		domenicobarbuti@alice.it	
Curriculum	x				
Nome	Maurizio	Cognome		Zanda	
Telefono	3332385869	Cellulare		metastasio9@libero.it	
Fax	070539570	email		mauriziozanda@aob.it	
Curriculum	x				
Nome	Roberto	Cognome		Tumbarello	
Telefono		Cellulare			

**AO Brotzu**Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Fax		email	<i>robertotumbarello@aob.it</i>
Curriculum	x		
	<i>Kling</i>		<i>Chong</i>
Nome		Cognome	
Telefono	02074059200	Cellulare	
Fax	x	email	<i>king.chong@gosh.nhs.net</i>
	<i>Felice</i>		<i>D'Arco</i>
Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<i>felice.darco@gosh.co.uk</i>
Curriculum	x		
	<i>Federica</i>		<i>Schirru</i>
Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	3427493045
Fax		email	<i>federicaschirru1986@gmail.com</i>
Curriculum	x		
	<i>Antonio</i>		<i>Ferrari</i>
Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	3488887144
Fax		email	<i>Ferrant.1986@gmail.com</i>
Curriculum	x		
	<i>Michela</i>		<i>Fodde</i>
Nome		Cognome	
Telefono	070539764	Cellulare	
Fax		email	<i>michelafodde@aob.it</i>
Curriculum	x		
	<i>Marco</i>		<i>Cirillo</i>
Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	3391201684
Fax		email	<i>marco.cirillo@opbg.net</i>
Curriculum	x		
	<i>Francesca</i>		<i>Mascia</i>
Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	3391581784
Fax		email	<i>Francesca.mascia@aob.it</i>
Curriculum	x		
	<i>Giovanni Francesco</i>		<i>Satta</i>
Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	3478346536
Fax		email	<i>sattagf@gmail.com</i>
Curriculum	x		



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

A) Motivazione della scelta scientifica:

Imminente apertura nell'Azienda AOB di una Struttura di Radiologia Pediatrica con la necessità di acquisire/aggiornare competenze nel settore, con particolare riguardo alle situazioni di emergenza-urgenza.

B) Motivazione della scelta economica:

I relatori rinunciano al compenso per la docenza. I partecipanti esterni pagheranno per l'iscrizione al corso una quota. Ai docenti dr. Paolo Tomà, Giuliana Roselli, Domenico Barbuti, Kling Chong e Felice D'Arco verranno pagate tutte le spese di pernottamenti, pasti e viaggio tramite l'agenzia Rimar viaggi & Crociere, via Manzoni 65, Cagliari, in quanto non residente in Sardegna.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Si sceglie di privilegiare come docenti i colleghi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, dell'Ospedale Careggi di Firenze e del Great Ormond di Londra, coi quali da anni e talvolta da decenni esiste un rapporto di collaborazione.

A) Docenti Interni:

in orario di servizio +

fuori orario di servizio +

B) Docenti Esterni:

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: CAGLIARI

Data (gg/mm/aaaa): 24.02.2017

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Graziella Pintus

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella 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)**

Grazia T. Bitti

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

DIREZIONE GENERALE

Direttore: Dott.ssa Grazia Bitti

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

UFFICIO FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias

**EFR: "IMAGING IN RADIOLOGIA PEDIATRICA:
 PATOLOGIA GENITOURINARIA"**

1° Edizione dal 01 aprile al 30 settembre 2017

Programma didattico dettagliato

1° giornata

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	01 aprile 2017	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	9.00	10.00	INQUADRAMENTO CLINICO DELLE ANOMALIE CONGENITE GENITOURINARIE	RTP	GIUSEPPE MASNATA	MANCA
Dettaglio 2	10.00	11.00	IMAGING DELLE ANOMALIE CONGENITE GENITOURINARIE	RTP	TERESA PELTZ MICHELA FODDE	BITTI
	11.00	11.30	Pausa			
Dettaglio 3	11.30	13.30	CASISTICA CLINICA	LG	TERESA PELTZ	FERRARI
	13.30	14.30	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	17.30				
Dettaglio 1	14.30	15.30	NEOFORMAZIONI DELLA LOGGIA RENALE	RTP	GRAZIA BITTI	SCHIRRU FERRARI
Dettaglio 2	15.30	16.00	CASISTICA CLINICA	LG	GIUSEPPE MASNATA TERESA PELTZ	SCHIRRU FERRARI
Dettaglio 3	16.00	16.30	NEUROBLASTOMA: INQUADRAMENTO CLINICO	RTP	ROSAMARIA MURA	NONNIS
Dettaglio 4	16.30	17.00	NEUROBLASTOMA: PERCORSO DIAGNOSTICO	RTP	TERESA PELTZ	BITTI
Dettaglio 4	17.00	17.30	DIBATTITO	CD	GIUSEPPE MASNATA TERESA PELTZ	BITTI MURA

2° giornata

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	06 maggio 2017	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09.00	10.00	IMAGING DELLE LESIONI TRAUMATICHE DEL BAMBINO	RTP	DOMENICO BARBUTI	CIRILLO
Dettaglio 2	10.00	10.30	IMAGING DEL BAMBINO MATRATTATO	RTP	DOMENICO BARBUTI	CIRILLO
	10.30	11.00	Pausa			
Dettaglio 3	11.00	11.30	OSTEOCONDROSI	RTP	DOMENICO BARBUTI	CIRILLO
Dettaglio 4	11.30	12.30	CASISTICA CLINICA	LG	ROSELLI - BARBUTI PELTZ	FERRARI
Dettaglio 4	12.30	13.00	DIBATTITO	CD	ROSELLI - BARBUTI PELTZ	FERRARI
	13.00	14.00	Pausa pranzo			

Sessione 2 pomeriggio	14.00	17.00				
Dettaglio 1	14.00	15.00	LESIONI NEOPLASTICHE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO	RTP	GIULIANA ROSELLI	BARBUTI
Dettaglio 2	15:00	16:00	IMAGING DELLE PIU' COMUNI DISPLASIE SCHELETRICHE	RTP	DOMENICO BARBUTI	CIRILLO
Dettaglio 3	16:00	17:00	CASISTICA CLINICA	LG	BARBUTI - PELTZ MARRAS	CIRILLO SCHIRRU

3° giornata

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	17 giugno 2017	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	9.00	10.00	L'ESAME RADIOLOGICO DIRETTO DELL'ADDOME NEL BAMBINO	RTP	PAOLO TOMA'	MARRAS
Dettaglio 2	10.00	11.00	ANOMALIE CONGENITE DEL TUBO DIGERENTE	RTP	D. BARBUTI PAOLO TOMA'	MARRAS
Dettaglio 3	11.00	11.30	Pausa			
	11.30	12.30	IMAGING DELLA OCCLUSIONE INTESTINALE DEL BAMBINO	RTP	MARIANGELA MARRAS	TOMA'
Dettaglio 4	12.30	13.30	CASISTICA CLINICA	LG	PAOLO TOMA' TERESA PELTZ	MARRAS SCHIRRU FERRARI
	13.30	14.30	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	17.00				
Dettaglio 1	14.30	15.30	IMAGING DELLE ANOMALIE CONGENITE DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	RTP	PAOLO TOMA'	MARRAS
Dettaglio 2	15.30	16.30	IMAGING DELLE MASSE EPATICHE NEL BAMBINO	RTP	PAOLO TOMA'	MARRAS
Dettaglio 3	16.30	17.00	CASISTICA CLINICA	LG	PAOLO TOMA' M. MARRAS	BITTI

4° giornata

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	01 luglio 2017	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	9.00	10.00	IMAGING DELLE VIE AEREE SUPERIORI	RTP	PAOLO TOMA'	PELTZ
Dettaglio 2	10.00	11.00	MASSE DEL COLLO	RTP	PAOLO TOMA'	PELTZ
Dettaglio 3	11.00	11.30	Pausa			
Dettaglio 4	11.30	12.30	CASISTICA CLINICA	LG	SATTA - SCHIRRU TOMA' - FERRARI	PELTZ
Dettaglio 5	12.30	13.30	L'ESAME RADIOLOGICO DEL TORACE DEL BAMBINO	RTP	PAOLO TOMA'	MARRAS
Dettaglio 6	13.30	14.30	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	17.30				
Dettaglio 1	14.30	15.30	FIBROSI CISTICA	RTP	MAURIZIO ZANDA	MASCIA
Dettaglio 2	15.30	16.30	PATOLOGIA CONGENITA CARDIOVASCOLARE	RTP	ROBERTO TUMBARELLO	MARINI
Dettaglio 3	16.30	17.30	CASISTICA CLINICA	LG	MARRAS PELTZ - FERRARI SCHIRRU	TOMA' ZANDA TUMBARELL

5° giornata

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	30 settembre 2017	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	9.00	10.00	Pediatric Emergencies I - Stroke - Hydrocephalus	RTP	KLING CHONG	PELTZ
Dettaglio 2	10.00	11.00	Pediatric Emergencies II Infection/inflammatory diseases in children	RTP	FELICE D'ARCO	PELTZ
Dettaglio 3	11.00	11.30	Pausa			
Dettaglio 4	11.30	12.30	Trauma e lesioni non accidentali	RTP	FELICE D'ARCO	PELTZ
Dettaglio 5	12.30	13.30	Casistica Clinica	LG	PELTZ - SATTA SCHIRRU FERRARI	D'ARCO
	13.30	14.30	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	17.00				
Dettaglio 1	14.30	15.15	Neurometabolic disorders	RTP	KLING CHONG	PELTZ BITTI
Dettaglio 2	15.15	16.00	Tumori di fossa cranica posteriore	RTP	TERESA PELTZ	BITTI
Dettaglio 3	16.00	16.30	Casistica Clinica	LG	TERESA PELTZ	BITTI
Dettaglio 4	16.30	17.00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	TERESA PELTZ	BITTI

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	23	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	
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)	10	
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		