

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 15 MAR. 2017

**OGGETTO:** Autorizzazione EFR ECM: "Corso di ecografia per ostetriche". Spesa complessiva € 300,00

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 Ostericia e Ginecologia vuole attivare il suddetto corso al fine di far acquisire conoscenze di ecografia ostetrica di base per il personale ostetrico con condivisione delle linee guida;

**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 alle Ostetriche sia dell'Azienda Brotzu che esterni, per un totale 50 partecipanti. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 100,00 (cento euro) più IVA;

**Verificato**          il progetto formativo: "Corso di ecografia per ostetriche" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Con**                    il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa:

- Autorizzare l'EFR ECM: "Corso di ecografia per ostetriche", rivolto alle Ostetriche sia dell'Azienda Brotzu che esterne per un totale 50 partecipanti.

%

Segue deliberazione n. 542 del 15 MAR. 2017

- Confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti interni in orario di servizio.
- Determinare che la spesa complessiva è di € 300,00 (trecento euro) onnicomprensiva per l'acquisto di materiale didattico, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
- Disporre in € 100,00 (cento euro) più IVA i costi di iscrizione addebitabili a ciascun partecipante. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.
- Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
- Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 300,00.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

**Dott.ssa Laura Balata**



**IL DIRETTORE SANITARIO**

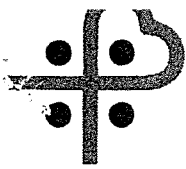
**Dott. Vinicio Atzeni**



**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott.ssa Graziella Pintus**





AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Al Sig. Direttore Generale

## **RICHIESTA:**

### **EVENTO FORMATIVO REGIONALE x PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE □**

#### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*Corso di Ecografia per Ostetriche*

#### **STRUTTURA PROPONENTE**

---

**S.C.Ostetricia e Ginecologia**

#### **OBIETTIVI**

*Aggiornamento ruolo figura osterica nel rapporto di collaborazione con altri professionisti che sorvegliano la gravidanza in accordo con la realtà europea*

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

*Conoscenza ecografia ostetrica di base  
argomento relativi alla pratica ecografica  
Prova pratica di ecografia ostetrica*

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

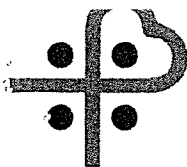
*ecografia ostetrica di base per ostetriche*

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

*Dotare la struttura complessa di competenza ostetrica in ecografia di base applicata all'ostetricia*

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

*Acquisizione pratica di ecografia ostetrica di base per il personale ostetrico con condivisione delle linee guida*



**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\_Azienda Ospedaliera G.Brotzu

**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 \_\_\_\_\_ ECOGRAFI \_\_\_\_\_

**EDIZIONI E DATE**

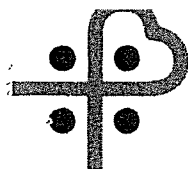
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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.



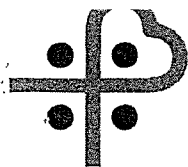
Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	50	24/03/17	24/03/17

**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. \_\_\_\_\_

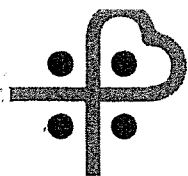


AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

<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 Trasfusionale</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>
<input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>	<i>n. _____</i>



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

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. 50\_\_

**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. \_\_\_\_\_

Tecnico Audiometrista

n. \_\_\_\_\_

Tecnico Audioprotesista

n. \_\_\_\_\_

Tecnico di Neurofisiopatologia

n. \_\_\_\_\_

Tecnico Ortopedico

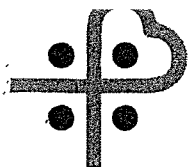
n. \_\_\_\_\_

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. BROTTU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391



AO Brotzu

- Dietista
- Igienista Dentale

**TUTTE LE PROFESSIONI**

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
(indicare esterni)

- ASL n. \_\_\_ RAS \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

**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
- 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)

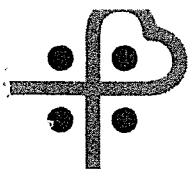
Project Work



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

n. \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_



**VOCI DI SPESA**

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

Docenza	€
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€ 300.00
2. costo accreditamento	€
Totale	€

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
 Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ € 100,00

**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.

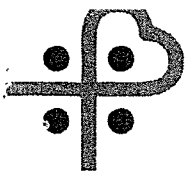
Nome Dr. Giuseppe Cognome Chessa  
 Qualifica Dirigente Medico  
 Struttura Ostetricia e Ginecologia  
 Telefono 070/539541 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ email giuseppechessa@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

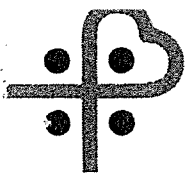
Nome Dr. Luciano Cognome Cherchi  
 Telefono 070/539541 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ email cherchiluciano@gmail.com  
 Curriculum Vedi allegato

Nome Dr. Silvia Cognome Mura  
 Telefono 070/539541 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ email silviamura@aob.it  
 Curriculum Vedi allegato

Nome Dr Cecilia Cognome Marchi  
 Telefono 070/539541 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ email ceciliamarchi@aob.it  
 Curriculum \_\_\_\_\_

**AO Brotzu**Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Nome	<u>Dr. Milena</u>	Cognome	<u>Tuveri</u>
Telefono	<u>070/539541</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>milenatuveri@aob.it</u>
Curriculum	<u>Vedi allegato</u>		
Nome	<u>Dr. Giovanni</u>	Cognome	<u>Monni</u>
Telefono	<u>070/6095513</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>prenatalmonni@tiscali.it</u>
curriculum	<u>Vedi allegato</u>		
Nome	<u>Dr. Ambra</u>	Cognome	<u>Iuculano</u>
Telefono	<u>070/6095513</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>Ambraiuculano76@gmail.com</u>
Curriculum	<u>Vedi allegato</u>		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Il corso così come è stato strutturato risponde alle esigenze di acquisizione di nuove competenze e riqualificazione del personale ostetrico.

**B) Motivazione della scelta economica:**

le spese da sostenere sono limitate al materiale didattico (brochure, locandine + blocco notes e penne.) in quanto si tratta di corso svolto in orario di servizio da docenti dipendenti dell'azienda.

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

Adeguatamente preparati sul tema in questione ed operativi sul campo

**A) Docenti Interni:**

in orario di servizio  x  
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: CagliariData (gg/mm/aaaa): 11/02/17

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

Dott.ssa Graziella Pintus

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
DIREZIONE SANITARIA  
Don. Vinicio Atzeni

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)

Dott. Giuseppe Chessa

DIRETTORE  
UFFICIO FORMAZIONE  
Dott. Giuseppe Chessa

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

Dott. Fausto Zamboni

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
CAGLIARI  
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA  
TRANSPLANTO DI FEGATO  
Dott. Fausto Zamboni

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

Dott. Andrea Corrias

AO Brotzu - Cagliari  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

**NOTE:**

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

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

**EFR: "CORSO DI ECOGRAFIA PER OSTETRICHE"**

1° Edizione 24 marzo 2017

**Programma didattico dettagliato**

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	09.00	PRESENTAZIONE DEL CORSO. CONTENUTI E OBIETTIVI	RTP	DR G. CHESSA	DR.S.MURA
Dettaglio 2	09.00	09.30	FISICA DEGLI ULTRASUONI	RTP	DR A. IUCULANO	DR. MONNI
Dettaglio 3	09.30	10.00	IL PRIMO TRIMESTRE	RTP	DR. G. MONNI	DR. IUCULANO
Dettaglio 4	10.00	10.30	IL SECONDO TRIMESTRE	RTP	DR. M. TUVERI	DR MURA
	10.30	10.45	<b>Pausa</b>			
Dettaglio 5	10.45	11.10	IL TERZO TRIMESTRE	RTP	DR.C.MARCHI	DR. TUVERI
Dettaglio 6	11.10	11.30	ECOGRAFIA IN SALA PARTO	RTP	DR S.MURA	DR.MARCHI
Dettaglio 7	11.30	12.00	ECOGRAFIA OFFICE IN OSTETRICIA	RTP	DR .L. CHERCHI	DR.MURA
Dettaglio 8	12.00	12.30	IL LIQUIDO AMNIOTICO	RTP	DR. S. MURA	DR. CHERCHI
Dettaglio 9	12.30	13.30	CASI CLINICI	LG	DR. G. CHESSA	DR .MURA
	13.30	14,15	<b>PAUSA PRANZO</b>			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.15	14.30	PROVA PRATICA CON ECOGRAFO	DT	DR S.MURA	DR. CHERCHI
Dettaglio 2	14.30	15.30	PRESENTAZIONE FETALE	ED	DR. MURA – MARCHI-CHERCHI-TUVERI-CHESSA	DR. IUCULANO
Dettaglio 3	15.30	16.30	LIQUIDO AMIOTICO	ED	DR. MURA-MARCHI-CHERCHI-TUVEI-CHESSA	DR. IUCULANO
Dettaglio 4	16.30	17.30	IL BATTITO CARDIACO FETALE	ED	DR. MURA-MARCHI-CHERCHI-TUVERI-CHESSA	DR. IUCULANO
Dettaglio 5	17.30	18.00	CONCLUSIONE LAVORI E VERIFICA APPRENDIMENTO	RPT	DR. S. MURA	DR.CHESSA

	<b>METODI DIDATTICI</b>	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	15
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		15
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)	1	
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	3	
RP	ROLE-PLAYING		