



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 18 OTT. 2017

OGGETTO: Autorizzazione EFR ECM: "Ictus ischemico: le terapie della fase acuta". Spesa complessiva € 880,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 19 OTT. 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 Neurologia / Stroke Unit vuole attivare il suddetto corso al fine di migliorare la qualità e ridurre i tempi del percorso pre- e intra-ospedaliero, promuovere gli interventi efficaci e appropriati nel paziente con ictus acuto;

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

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta a Medici, Infermieri, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici di Neurofisiopatologia sia dell'Azienda Brotzu che esterni per un totale 80 partecipanti suddivisi in due edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 30,00 (trenta euro) più IVA;

Valutato l'evento formativo: "Ictus ischemico: le terapie della fase acuta" 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. 1983 del 18 OTT. 2017

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di dover autorizzare l'EFR ECM: "Ictus ischemico: le terapie della fase acuta", rivolto a Medici, Infermieri, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici di Neurofisiopatologia sia dell'Azienda Brotzu che esterni per un totale 80 partecipanti suddivisi in due edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Determinare che la spesa complessiva è pari a € 880,00 (ottocentoottanta euro) onnicomprensiva, come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Disporre che la quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 30,00 (trenta euro) più IVA.
5. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 880,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



Al Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE **X**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE **□**

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Ictus ischemico: le terapie della fase acuta

STRUTTURA PROPONENTE

SC Neurologia/Stroke Unit

OBIETTIVI

Migliorare la qualità e ridurre i tempi del percorso pre- e intra-ospedaliero, promuovere gli interventi efficaci e appropriati nel paziente con ictus acuto

CONTENUTI

Il corso si focalizza sui temi di diagnostica, sul trattamento e sulle misure da mettere in atto per consentire il rapido accesso alle terapie della fase acuta a tutti i pazienti con ictus.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Migliorare le competenze diagnostiche, acquisire autonomia nella pianificazione. Acquisizione di conoscenze teoriche sulle terapie specifiche dell'ictus, acquisizione tecniche in particolare in tema di terapia trombolitica, attraverso la discussione di casi clinici tra esperti e partecipanti.

B) Acquisizione competenze di processo:

Necessità di diffondere e applicare un approccio multidisciplinare che rappresenti una modalità di comportamento omogeneo e comune nelle unità operative nei confronti dell'ictus

C) Acquisizione competenze di sistema:

Il corso porta i discenti alla realizzazione di percorsi assistenziali integrati per la condivisione degli obiettivi e la continuità assistenziale del paziente con ictus all'interno della nostra organizzazione



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 AOB

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	Data fine
1	40	22 novembre 2017	29 novembre 2017
2	40	12 dicembre 2017	20 dicembre 2017

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. 8
- 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. 4
- Neuropsichiatria Infantile** n. _____
- Oncologia** n. _____



<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 checked="" type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	<i>n.</i> <u>4</u> _____
<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. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere* n. **20**
- 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. _____
- 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. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. **2**
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. **2**
- Tecnico Ortopedico* n. _____

TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____



PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE

- ASL n. ___ AOB _____
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

Al corso parteciperanno inoltre Infermieri e Medici del 118

DURATA E ARTICOLAZIONE

Il corso si articola in due edizioni di 2 pomeriggi, per una durata complessiva dell'attività formativa di circa 9 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
- Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd

Altri supporti

Cartellina con all'interno dispense e stampati slide dei docenti, blocco notes, penne (una copia per partecipante)

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



Azienda Ospedaliera Brotzu

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 880
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
 Quote di iscrizione: _____ € 30 dipendenti extra A.O. Brotzu

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 Maurizio Cognome Melis
 Qualifica _____
 Struttura _____
 Telefono _____ Cellulare 3291131975
 Fax _____ email mauriziomelis@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Licia Cognome Pinna
 Telefono _____ Cellulare 3286623535
 Fax _____ email liciapinna@aob.it
 Curriculum _____

Nome Jessica Cognome Moller
 Telefono _____ Cellulare 3486453962
 Fax _____ email jessicamoller@aob.it
 Curriculum _____

Nome Piernicola Cognome Marchi
 Telefono _____ Cellulare 3402178427
 Fax _____ email piernicola.marchi@aob.it
 Curriculum _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 880
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
 Quote di iscrizione: _____ € 30 dipendenti extra A.O. Brotzu

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 Maurizio Cognome Melis
 Qualifica _____
 Struttura _____
 Telefono _____ Cellulare 3291131975
 Fax _____ email mauriziomelis@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Licia Cognome Pinna
 Telefono _____ Cellulare 3286623535
 Fax _____ email liciapinna@aob.it
 Curriculum _____

Nome Jessica Cognome Moller
 Telefono _____ Cellulare 3486453962
 Fax _____ email jessicamoller@aob.it
 Curriculum _____

Nome Piernicola Cognome Marchi
 Telefono _____ Cellulare 3402178427
 Fax _____ email piernicola.marchi@aob.it
 Curriculum _____



Nome	<u>Anna Nicolina</u>	Cognome	<u>Manca</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3293239768</u>
Fax	_____	email	<u>nicolina.manca@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Valeria</u>	Cognome	<u>Piras</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3484329693</u>
Fax	_____	email	<u>valeria.piras82@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Alice</u>	Cognome	<u>Trincas</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3393219679</u>
Fax	_____	email	<u>alicetrincas@aob.it</u>

Nome	<u>Cecilia</u>	Cognome	<u>Solinas</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3482847622</u>
Fax	_____	email	<u>c.solinas@alice.it</u>

Nome	<u>Simona</u>	Cognome	<u>Corraine</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3923592387</u>
Fax	_____	email	<u>simonacorraine@aob.it</u>

Nome	<u>Maria Teresa</u>	Cognome	<u>Peltz</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3496013409</u>
Fax	_____	email	<u>mariateresapeltz@aob.it</u>

Nome	<u>Paolo</u>	Cognome	<u>Siotto</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>1464</u>
Fax	_____	email	<u>paolosiotto@aob.it</u>

A) Motivazione della scelta scientifica:

La necessità di formare e aggiornare il personale sanitario soprattutto i nuovi assunti delle Unità Operative di Neurologia e Stroke Unit, Pronto Soccorso, 118 e Radiologia in tema di approccio alla terapia trombolitica in maniera tale da standardizzare le procedure in situazioni critiche ed organizzare efficacemente una rete di assistenza che consenta di portare i pazienti nei centri specializzati nel più breve tempo possibile.

B) Motivazione della scelta economica:

I docenti sono per la maggior parte dipendenti dell'AOB e il compenso è previsto dal CCNL pertanto il costo è minimo. La docente esterna, la Dott.ssa Cecilia Solinas, effettuerà la docenza a titolo gratuito.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti scelti sono esperti negli argomenti che verranno trattati

**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 (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Graziella Pintus

 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
 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)

Maurizio Melis

 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
 STROKE UNIT / NEUROLOGIA
 Direttore Dott. Maurizio Melis

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

ROBERTO BIANCHI

 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
 CAGLIARI
 DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

Andrea Corrias

 AO Brotzu - Cagliari
 UFFICIO FORMAZIONE
 Resp. Dott. Andrea Corrias
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);
- 4) Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

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

EFR: "ICTUS ISCHEMICO: LE TERAPIE DELLA FASE ACUTA"

1° Edizione: 22 Novembre -- 29 Novembre 2017

2° Edizione: 12 Dicembre – 20 Dicembre 2017

Aula Ciccù A. G. Brotzu – Aula Congressi Osp. Businco
Programma didattico dettagliato

Sessione pomeriggio	Inizio	Fine	1° GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	14.15	14.45	Fase pre-ospedaliera: riconoscimento dell'ictus	RTP	C.Solinas	M.Loche
Dettaglio 2	14.45	15.15	Triage dell'ictus in PS	RTP	A.Trincas	A.N.Manca
Dettaglio 3	15.15	15.45	Indicazioni ai trattamenti della fase acuta	RTP	J. Moller	M.Melis
Dettaglio 4	15.45	16.15	Trombolisi meccanica: tecniche	RTP	S.Corraine	M. Melis
Dettaglio 5	16.15	17.15	Tavola Rotonda	TRD	M.Melis, C. Solinas, S. Corraine, A. Trincas	J.Moller, M. Loche; A.N. Manca
Dettaglio 6	17.15	17.30	Coffee break			
Dettaglio 7	17.30	18.00	Neuroimaging nella fase acuta	RTP	T.Peltz	P. Siotto
Dettaglio 8	18.00	19.00	Presentazione di problemi o di casi clinici	LG	J. Moller, T. Peltz, S. Corraine	V. Piras, M. Melis
Sessione pomeriggio	Inizio	Fine	2° GIORNATA			
Dettaglio 1	14.15	14.45	Gestione Infermieristica del paziente con ictus acuto	RTP	A.N. Manca	L.Pinna
Dettaglio 2	14.45	15.15	I determinanti del ritardo evitabile	RTP	P. Marchi	V. Piras
Dettaglio 3	15.15	15.45	Rischio, Prevenzione e gestione delle complicanze emorragiche	RTP	V. Piras	P.Marchi
Dettaglio 4	15.45	16.15	La realtà in A.O.B	RTP	L.Pinna	M.Melis
Dettaglio 5	16.15	16.45	Discussione	CD	V. Piras, P. Marchi, LPinna, A.N. Manca	M. Melis, J. Moller
Dettaglio 6	16.45	17.00	Coffee break			
Dettaglio 7	17.00	18.30	Casi clinici interattivi	LG	V. Piras, P.Marchi	L.Pinna, J. Moller
Dettaglio 8	18.30	19.00	Conclusione lavori e verifica di apprendimento	RTP?	M.Melis,	A.N.Manca