

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 21 FEB, 2018

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Prevenzione e gestione delle Lesioni da Decubito (LDD)". Spesa complessiva € 1.440,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 FEB, 2018 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. Medicina Seconda vuole attivare il suddetto corso al fine di incrementare le conoscenze teorico-pratiche e curative per un adeguato approccio alla persona a rischio di sviluppare o affetta da LDD, corretto utilizzo delle schede tecniche e documentali aziendali;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta a Medici, Infermieri, Infermieri Pediatrici e OSS dell'Azienda per un totale 150 partecipanti suddivisi in sei edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "Prevenzione e gestione delle Lesioni da Decubito (LDD)" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 395 del 21 FEB. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di dover autorizzare il PFA ECM: "Prevenzione e gestione delle Lesioni da Decubito (LDD)", rivolto a Medici, Infermieri, Infermieri Pediatrici e OSS dell'Azienda per un totale 150 partecipanti suddivisi in sei edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta 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 sarà pari a € 1.440,00 (millequattrocentoquaranta 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 2018.
4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.440,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

**Prot. 30/2018**

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO****Prevenzione e gestione delle Lesioni da decubito (LDD)****STRUTTURA PROPONENTE**

S.C. MEDICINA SECONDA

OBIETTIVI

Acquisire ed incrementare le conoscenze teorico-pratico-preventive e curative per un adeguato approccio alla persona a rischio di sviluppare o affetta da LDD, e corretto utilizzo delle schede tecniche e documentali aziendali.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

L'evento formativo è volto ad analizzare:

- aspetti specifici e le proprietà delle scale di valutazione per il rischio di sviluppo di LDD
- interventi ed ausili utilizzabili nella prevenzione dello sviluppo di LDD
- strumenti per la valutazione e l'evoluzione delle LDD
- metodi di trattamento con riferimento a medicazioni tradizionali ed avanzate e dispositivi di nuova introduzione clinico assistenziale gli aspetti pratici della qualità del materiale impiegato nelle medicazioni avanzate e nei dispositivi di nuova introduzione clinico assistenziale.

L'analisi passa attraverso una riflessione sulle competenze e le responsabilità nella scelta ed il relativo utilizzo dei dispositivi da parte degli infermieri, con particolare riferimento alla "posizione di garanzia e di protezione" nei confronti della persona assistita. Il corso propone moderni criteri di appropriatezza ai quali l'infermiere deve basarsi per realizzare compiutamente l'opera di prevenzione e gestione delle LDD, sempre auspicata e non sempre praticata, attraverso la guida strutturata di specialisti con competenze avanzate in Wound Care operanti all'interno della AOB.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Il corso fornisce al partecipante le conoscenze specifiche riguardo le LDD, relativamente alla valutazione del rischio, tecniche ed ausili di prevenzione, stadiazione e metodi di trattamento con medicazione avanzate.

B) Acquisizione competenze di processo:

Il corso si prefigge di fornire le necessarie competenze per la scelta di strumenti per attuare specifici interventi finalizzati alla prevenzione e al trattamento avanzato delle LDD.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi, strategie e procedure dell'evidence base practice (EBM – EBN - EBP) idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia ed appropriatezza nel trattamento delle Lesioni da decubito



Emissione 28/06/2016
Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1
Pag. 3 a 13

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 _____ aula Ciccù presidio San Michele _____

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. 25/30 _____ partecipanti
- Sala conferenza per n. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

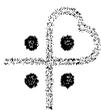
- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio 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.

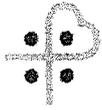
Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
I	25	28/03/18	28/03/18
II	25	29/03/18	29/03/18
III	25	11/04/18	11/04/18
IV	25	12/04/18	12/04/18
V	25	09/05/18	09/05/18
VI	25	10/05/18	10/05/18

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

- Farmacista** n. _____
- Ospedaliera** n. 2
- 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. _____



Emissione 28/06/2016
Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1
Pag. 5 a 13

- | | |
|---|-----------------|
| <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 checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i> | n. <u> 2 </u> |
| <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 checked="" type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i> | n. <u> 2 </u> |
| <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. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> | n. <u> 2 </u> |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i> | n. _____ |



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 6 a 13

- | | |
|---|-----------------|
| <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 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 type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i> | n. _____ |
| <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 checked="" type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i> | n. <u> 2 </u> |
| <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. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> <i>Odontoiatra</i> | n. _____ |



Emissione 28/06/2016
Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1
Pag. 7 a 13

- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____
- Laureati non medici (specificare)** n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere* n. 130
- Infermiere pediatrico* n. 10
- 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. _____
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. _____



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 8 a 13

 Tecnico Ortopedico

n. _____

 Dietista

n. _____

 Igienista Dentale

n. _____

X TUTTE LE PROFESSIONIn. 10**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 48**PROGRAMMA**Si allega file del programma del corso: SI **X** NO **MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.***(Barrare le caselle d'interesse)***X** *Fotocopie di testi* *Slides* *Testi/libri* *Riviste* *Cd* *Altri supporti*

**VALUTAZIONE****MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO****X Prova Pratica****X 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**VOCI DI SPESA**

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

Docenza	€
---------	---

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

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



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 10 a 13

Docenza INTERNA	€ 1239,36 (25,82X 8 ORE X 6 EDIZIONI)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€ 200
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1,439,36

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: € 0,00

Quote di iscrizione: € 0,00

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:

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
Piva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

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



Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	<u>MARIA ELENA</u>	Cognome	<u>ABIS</u>
Qualifica	<u>COORDINATRICE</u>		
Struttura	<u>COMPLESSA MEDICINA II</u>		
Telefono		Cellulare	<u>3481097654</u>
Fax	<u>70539719</u>	email	<u>mariaelenaabis@aob.it</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>FABIANO</u>	Cognome	<u>SULANAS</u>
Telefono		Cellulare	<u>3276667341</u>
Fax		email	<u>fabianosulanas@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>LEONARDO</u>	Cognome	<u>DI NARDO</u>
Telefono		Cellulare	<u>3272911427</u>
Fax		email	<u>ldn90@hotmail.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>LAURA</u>	Cognome	<u>MELONI</u>
Telefono		Cellulare	<u>3485203061</u>
Fax		email	<u>mimi.lau@hotmail.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>MARIA ELENA</u>	Cognome	<u>ABIS</u>
Telefono		Cellulare	<u>3481097654</u>
Fax		email	<u>mariaelenaabis@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

A) Motivazione della scelta scientifica:

Miglioramento della performance teorico-pratico in relazione alle Lesioni da Decubito

B) Motivazione della scelta economica:

ai docenti interni verrà corrisposto il compenso previsto dal CCNL.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Competenza specifica degli argomenti trattati



Emissione 28/06/2016
Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1
Pag. 12 a 13

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 14/02/2018

(gg/mm/aaaa):

Nome e cognome (in stampatello)

Dott.ssa Graziella Pintus

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

Nome e cognome (in stampatello)

_Dott. Pietro Tronci

Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

S.C. MEDICINA 2

DIRETTORE F.F.: Dott. Pietro Tronci

Fax 070.5321177 - 532241

Tel. 070.539508 - 538845

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

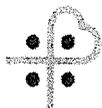
Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO FORMAZIONE
Responsabile Dott. / Andrea Corrias

Nome e Cognome (In stampatello)
Responsabile Ufficio Formazione

dott. Andrea Corrias

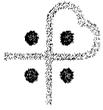


Edizione / Data / Mese /Anno 2018

Aula _____

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina						
Dettaglio 1	08:00	08:30	Presentazione del corso contenuti e obiettivi	RTP	Dott.ssa Bruna Dettori	Dott.ssa M.Elena Abis
Dettaglio 2	08:30	09:30	La responsabilità professionale nella prevenzione e trattamento delle LDD	RTP	Dott. Fabiano Sulanas	Dott.ssa M.Elena Abis
Dettaglio 3	09:30	10:00	Prevenzione delle LDD scale di valutazione di rischio 1a parte	RTP	Dott. Leonardo di Nardo	Dott.ssa M. Elena Abis
Dettaglio 4	10:00	10:30	Prevenzione delle LDD interventi e presidi 2a parte	RTP	Dott.ssa Laura Meloni	Dott.ssa M.Elena Abis
	10:30	11:00	Pausa			
Dettaglio 5	11:00	12:00	Valutazione delle LDD	RTP	Dott.ssa M.Elena Abis	Dott. Leonardo di Nardo
Dettaglio 6	12:00	13:00	Trattamento delle LDD: medicazioni avanzate	RTP	Dott.ssa M.Elena Abis	Dott. Leonardo Di Nardo
	13:00	14:00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14:00	14:30	Valutazione di casi clinici	DT	Dott.ssa M.Elena Abis	Dott.ssa Laura Meloni
Dettaglio 2	14:30	15:30	Metodologia di Lettura delle lesioni cutanee	LPG	Dott.ssa M.Elena Abis Dott. Leonardo Di Nardo	Dott.ssa Laura Meloni



Dettaglio 3	15:30	16:30	Role Playing	<i>RP</i>	Dott.ssa M.Elena Abis Dott. Fabiano Sulanas	Dott.ssa <i>Laura Meloni</i>
Dettaglio 3	16:30	17:00	Conclusione lavori e compilazione questionario	<i>RTP</i>	Dott.ssa <i>M.Elena Abis</i>	

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	5	
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		30
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	1	
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING	1	