



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 20 MAR. 2019

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "4° Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti". Spesa complessiva € 2.000,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 MAR. 2019 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 della SSD 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 CTMO del P.O. Businco vuole attivare il suddetto convegno regionale al fine del mantenimento delle competenze specifiche secondo l'accreditamento JACIE, in quanto inseriti nell'ambito del progetto GITMO "Mille miglia", che vede coinvolti i principali centri trapianto di CSE italiani, in collaborazione con la Società Scientifica GITMO - Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo;

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2019 approvato con Deliberazione n° 367 del 13.02.2019;

**Rilevato** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario che opera nelle Unità Operative di Ematologia e CTMO sia dell'Azienda che esterni per un totale di 140 partecipanti suddivisi in due edizioni, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni;

**Verificato** l'evento formativo: "4° Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 117 del 20 MAR. 2019

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

### **DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare l'EFR ECM: "4° Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti", rivolto al personale sanitario che opera nelle Unità Operative di Ematologia e CTMO sia dell'Azienda che esterni per un totale di 140 partecipanti suddivisi in due edizioni.
2. 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.
3. Determinare che la spesa complessiva di € 2.000,00 (duemila euro), per le spese di vitto, viaggio e pernottamento dei docenti esterni, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.
4. Autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 2.000,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vincio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Direttore Generale

**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE** ×  
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE** □

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**4°Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche:  
percorsi per il supporto dei pazienti**

**STRUTTURA PROPONENTE**

SC Ematologia e CTMO

**OBIETTIVI:**

*Acquisizione competenze specifiche in oncoematologia e Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche*

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

*Integrazione interprofessionale e multidisciplinare nel percorso clinico-assistenziale del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche*

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

*Fornire i contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) per il paziente sottoposto al trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche*

**B) Acquisizione competenze di processo:**

*Personalizzazione delle cure all'interno del percorso in ospedale mirate ad una migliore comunicazione, coinvolgimento e presa in carico del paziente*

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

*Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp) promuovendo la cultura della qualità.*

**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 \_P.O. Armando Businco

**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. 70 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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	70	12/04/2019	12/04/2019
2	70	12/04/2019	12/04/2019

**PROFESSIONI**

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

**PROFESSIONI SANITARIE**

Farmacista Ospedaliera

n. 2

Farmacia Territoriale

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

Medico chirurgo

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

Angiologia

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

Cardiologia

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

Dermatologia e Venereologia

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

Ematologia

n. 18

Endocrinologia

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

Gastroenterologia

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



<input type="checkbox"/> <i>Genetica Medica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Geriatrics</i>	n. _____
<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. 2
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	n. _____
<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>Neonatalogia</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 checked="" type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	n. 2
<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 type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. _____
<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 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 checked="" type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	n. 1
<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 checked="" type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	n. 2
<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. 2
<input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>	n. _____



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

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1  
Pag. 6 a 14

- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Privo di Specializzazione* n. \_\_\_\_\_
- Odontoiatra** n. \_\_\_\_\_
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. \_\_\_\_\_
- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Psicologia* n. 2
- Laureati non medici (specificare)**
- Biologi* n. 3

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere* n. 95
- Infermiere pediatrico* n. 5
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista* n. 2
- 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. 1
- 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. 3
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Ortopedico* n. \_\_\_\_\_
- Dietista* n. \_\_\_\_\_
- Igienista Dentale* n. \_\_\_\_\_
- 
- TUTTE LE PROFESSIONI**
- Personale non ECM (OSS, Amministrativi)* n. 7

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
*(indicare esterni)*

- AOB
- 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: 5 ore per due edizioni.*

**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*

**VOCI DI SPESA**

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

Docenza	€ 0
Pernottamento	€ 800
Pasti	€ 300
Spese di viaggio	€ 900
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 2000

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ € 0  
Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ € 0

**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 MARIA SILVIA Cognom ZUCCA  
e \_\_\_\_\_  
Qualifica INFERMIERE  
Struttura SC EMATOLOGIA E CTMO  
Telefono 070 52965222 Cellulare 3409535330  
Fax 07052965171 email marias.zucca@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Eugenia</u>	Cognome	<u>Piras</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3482923869</u>
Fax	_____	email	<u>eugenia.piras@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Cristina</u>	Cognome	<u>Atzori</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3403886137</u>
Fax	_____	email	<u>crisrina.atzori@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Stefano</u>	Cognome	<u>Botti</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3397785155</u>
Fax	_____	email	<u>stefano.botti@asmn.re.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Gianpaolo</u>	Cognome	<u>Gargiulo</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3406877858</u>
Fax	_____	email	<u>gianpaolo.gargiulo@alice.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Francesca</u>	Cognome	<u>Contu</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3479933910</u>
Fax	_____	email	<u>fracontu@hotmail.com</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Simona</u>	Cognome	<u>Bertaccini</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3337893323</u>
Fax	_____	email	<u>simonaste@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____



Nome	<u>Bruna</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3296286057</u>
Fax	_____	email	<u>brunadettori@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Annalisa</u>	Cognome	<u>Caboni</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3429554153</u>
Fax	_____	email	<u>annalisa.caboni@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Marco</u>	Cognome.	<u>Cioce</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3472294176</u>
Fax	_____	email	<u>marco.cioce@policlinicogemelli.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Maria Carmen</u>	Cognome	<u>Addari</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3396820644</u>
Fax	_____	email	<u>mariac.addari@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Arianna</u>	Cognome	<u>Cornacchia</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3296125067</u>
Fax	_____	email	<u>arianna.cornacchia@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Mantenimento delle competenze specifiche secondo l'accreditamento JACIE

**B) Motivazione della scelta economica:**

Si ritiene opportuno definire la quota di iscrizione gratuita così come per il 1°, il 2° e il 3° convegno regionale in quanto inseriti nell'ambito del progetto GITMO "Mille miglia", che vede coinvolti i principali centri trapianto di CSE italiani, in collaborazione con la Società Scientifica GITMO - Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo. Tutti gli eventi nazionali inseriti nel progetto prevedono l'iscrizione gratuita. Tutti i docenti, sia interni che esterni, presteranno la loro attività di docenza a titolo gratuito. Ai docenti esterni, Stefano Botti, Simona Bertaccini, Gianpaolo Gargiulo, Marco Cioce, verranno



*rimborsate le spese di viaggio, vitto e alloggio.*

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

*Tutti i docenti svolgono attività in ambito Trapianti Cellule Staminali Emopoietiche.*

*Inoltre, i docenti esterni fanno tutti parte del GITMO (Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo).*

**A) Docenti Interni:**

*in orario di servizio*      x      *fuori orario di servizio*      x

**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:

Data (gg/mm/aaaa):

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

Dott.ssa Maria Silvia Zucca

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,

(Struttura Complessa, Struttura Semplice

Dipartimentale)

Prof. Giorgio La Nasa

AO Brotzu - Cagliari

P.B. BUSINCO

U.O. EMATOLOGIA E CTMO

CATEDRA DI EMATOLOGIA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Prof. Giorgio La Nasa

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO INTERNISTICO

Direttore: Dott. Roberto Ganga

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

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



4°Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche:  
percorsi per il supporto dei pazienti.  
12 aprile 2019  
Sala Convegni P.O. Businco AOB  
1° e 2° edizione

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio <b>08:30</b> <b>14:30</b>	Fine <b>13:30</b> <b>19:30</b>		Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Sessione 1 mattina</b>  <b>Sessione 1 pomeriggio</b>	08:20  14:20	08:30  14:30	Presentazione del corso:  Contenuti ed obiettivi.	RTP	G. La Nasa S. Zucca P. Aresi	
Dettaglio 1	08:30 14:30	09:00 15:00	Le attività dell'Italian Bone Marrow Donor Registry (IBMDR) nel percorso trapiantologico	RTP	E. Piras	C. Addari
Dettaglio 2	09:00 15:00	09:30 15:30	La riabilitazione nel TCSE per pazienti adulti e pediatrici	RTP	C. Atzori	S. Botti
Dettaglio 3	09:30 15:30	10:00 16:00	Impiego dei farmaci galenici nel TCSE: l'esperienza della farmacia ospedaliera di Reggio Emilia	RTP	S. Botti	G. Gargiulo
Dettaglio 4	10:00 16:00	10:30 16:30	La sessualità nel TCSE: percorso info-educativo per i pazienti e i care-givers	RTP	G. Gargiulo	A. Cornacchia
Dettaglio 5	10:30 16:30	11:00 17:00	Discussione	CD	Tutti i docenti	Tutti i docenti
Dettaglio 7	11:00 17:00	11:15 17:15	Cure palliative nel TCSE pazienti adulti	RTP	F. Contu	S. Bertaccini
Dettaglio 8	11:15 17:15	11:30 17:30	Esperienza di studio sulle cure palliative in onco-ematologia pediatrica	RTP	S. Bertaccini	F. Contu





Dettaglio 9	11:30 17:30	11:45 17:45	Progetto AOB: il Modello Unico della Cartella Infermieristica	RTP	B. Dettori	A. Caboni
Dettaglio 10	11:45 17:45	12:00 18:00	La documentazione infermieristica nel CTMO adulti del P.O. "Businco"	RTP	A. Caboni	B. Dettori
Dettaglio 11	12:00 18:00	12:30 18:30	Le diagnosi infermieristiche nel paziente sottoposto a TCSE	RTP	M. Cioce	G. Gargiulo
Dettaglio 12	12:30 18:30	12:45 18:45	Trapianti senza frontiere: l'esperienza del CTMO pediatrico del P.O. "Cao"	RTP	M.C. Addari	E. Piras
Dettaglio 13	12:45 18:45	13:00 19:00	Trapianti senza frontiere: il punto di vista dell'infermiere	RTP	A. Cornacchia	S. Botti
Dettaglio 14	13:00 19:00	13:15 19:15	Discussione	CD	Tutti i docenti	Tutti i docenti
Dettaglio 15	13:15 19:15	13:30 19:30	Conclusione dei lavori e questionario di valutazione	RTP	S. Zucca	G. Gargiulo

	METODI DIDATTICI	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")		45
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)		
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		
----	--------------	--	--