AO Brotzu

Deliberazione 805

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 27 MAR. 2019

OGGETTO: Autorizzazione liquidazione PFA ECM: "Pediatric Basic Life Support And Early Defibrillation (PBLS-D)". Spesa complessiva € 2.642,00. CIG Z5227C1F91

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 28 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.S.D. Medicina D'Urgenza Pediatrica P. O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di fornire indicazioni sul supporto delle funzioni vitali nel bambino critico;

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

Dato atto che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 48 partecipanti suddivisi in quattro edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

Verificato il progetto formativo: "Pediatric Basic Life Support And Early Defibrillation (PBLS-D)" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

SSD Formazione
Dir. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue deliberazione n. 805 del 27 MAR. 2019

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Pediatric Basic Life Support And Early Defibrillation (PBLS-D)", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 48 partecipanti suddivisi in quattro edizioni.

2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio.

3. Determinare che la spesa complessiva di € 2.642,00 (duemilaseicentoquarantadue euro) onnicomprensiva, (docenza e materiale didattico) gravarà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.

5. Autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

6. Autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.

6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 2.642,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

SSD Formazione
Dir. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE *X*

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT AND EARLY DEFIBRILLATION (PBLS-D)

STRUTTURA PROPONENTE

MEDICINA D'URGENZA PEDIATRICA P.O. SAN MICHELE

OBIETTIVI

Fornire indicazioni sul supporto delle funzioni vitali nel bambino critico

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Valutazione delle funzioni vitali e dei parametri vitali nel bambino.
Sostegno delle funzioni vitali con o senza mezzi aggintivi.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP).
Manovre di disostruzione delle vie aeree in caso di inalazione di corpi estranei.
Defibrillazione cardiaca.

B) Acquisizione competenze di processo:

Formazione di tutto il personale coinvolto nell'urgenza-emergenza pediatrica

C) Acquisizione competenze di sistema:

Uniformare nel contesto dell'Azienda le modalità di assistenza al bambino critico.

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*

☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*

☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*

X *Corso (minimo 4 ore)*

☐ *Retraining*

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI ☐ *NO* X

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)

X *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*

☐ *Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)*

X *Aula con capienza di n. 6 partecipanti*

☐ *Sala conferenza per n .*_____ *partecipanti*

☐ *Altro (specificare)*_____

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X *PC*

X *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*_____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI X *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.

12 partecipanti per partecipanti (2 istruttori per ogni corso)

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*12*	*16/04/2019*	*16/04//2019*
2	*12*	*8/05/2019*	*8/05/2019*
3	*12*	*18/10/2019*	*18/10/2019*
4	*12*	*12/12/2019*	*12/12/2019*

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.* _____

□ *Geriatria* *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.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

- □ *Pediatria* *n.* _____
- □ *Psichiatria* *n.* _____
- □ *Radioterapia* *n.* _____
- □ *Reumatologia* *n.* _____
- □ *Cardiochirurgia* *n.* _____
- □ *Chirurgia Generale* *n.* _____
- □ *Chirurgia Maxillo - Facciale* *n.* _____
- □ *Chirurgia Pediatrica* *n.* _____
- □ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* *n.* _____
- □ *Chirurgia Toracica* *n.* _____
- □ *Chirurgia Vascolare* *n.* _____
- □ *Ginecologia e Ostetricia* *n.* _____
- □ *Neurochirurgia* *n.* _____
- □ *Oftalmologia* *n.* _____
- □ *Ortopedia e Traumatologia* *n.* _____
- □ *Otorinolaringoiatria* *n.* _____
- □ *Urologia* *n.* _____
- □ *Anatomia Patologica* *n.* _____
- □ Anestesia e Rianimazione *n.* _____
- □ *Biochimica Clinica* *n.* _____
- □ *Farmacologia e Tossicologia Clinica* *n.* _____
- □ *Laboratorio di Genetica Medica* *n.* _____
- □ *Medicina Trasfusionale* *n.* _____
- □ *Medicina Legale* *n.* _____
- □ *Medicina Nucleare* *n.* _____
- □ *Microbiologia e Virologia* *n.* _____
- □ *Neurofisiopatologia* *n.* _____
- □ *Neuroradiologia* *n.* _____
- □ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)* *n.* _____
- □ *Radiodiagnostica* *n.* _____
- □ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* *n.* _____
- □ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* *n.* _____
- □ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* *n.* _____
- □ *Medicina Generale (Medici di Famiglia)* *n.* _____
- □ *Continuità Assistenziale* *n.* _____
- □ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)* *n.* _____
- □ *Scienza dell'alimentazione e dietetica* *n.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

□ *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.* ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA
□ *Infermiere* *n.* ____
□ *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 Perfusione 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.*____

X TUTTE LE PROFESSIONI ***n. 48***

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

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 ***10***

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*
X Testi/libri
□ *Riviste*
□ *Cd*
□ *Altri supporti*

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

□ *Prova Pratica*
X□ role playing con griglia
□ *prova manuale*

□ *Prova orale*
□ *strutturata*
□ *non strutturata*

□ *Prova scritta*
□ *tema*
□ *saggio*
□ *tesina*
□ *altro*

X Questionario *(da allegare con indicazione delle risposte corrette)*

□ *Project Work*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 2.065,60 *
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€ 576,00 (48 manuali PBLSD a 12 € ciascuno)
2. costo accreditamento	€
Totale x edizione	€ 660,40 (x 12 partecipanti)
Totale preventivato per le 4 edizioni	€ **2641,60 (x 48 partecipanti)**

** 2 Docenti per ciascuna edizione: onorario € 25,82 per ora.*

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ €

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	*Alessandro*	*Cognome*	*Canetto*
Qualifica	*Dirigente Medico Pediatria*		
Struttura	*Medicina d'Urgenza Pediatrica*		
Telefono	*070/215093*	*Cellulare*	*336/607888*
Fax	*070539682*	*email*	*alessandro.canettomail.com*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*Alessandro*	*Cognome*	*Canetto*
Telefono	*070/215093*	*Cellulare*	*336/607888*
Fax	*070539682*	*email*	*alessandro.canetto@gmail.com*
Curriculum	*Vedi allegato*		

Nome	*Gabriella*	*Cognome*	*Cherchi*
Telefono	*070/215093*	*Cellulare*	*3478493205*
Fax	*070539682*	*email*	*gacherchi@gmail.com*
Curriculum	*Vedi allegato*		

Nome	*Giuseppe*	*Cognome*	*Colucci*
Telefono	*3382581836*	*Cellulare*	*3382581836*
Fax	*070539682*	*email*	*Giuseppcolucci@tiscali.it*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

Curriculum	*Vedi allegato*		

Nome	*Beatrice*	*Cognome*	*Cancedda*
Telefono	*3333548887*	*Cellulare*	*3333548887*
Fax	*070539682*	*email*	*bcancedda@yahoo.it*
Curriculum	*Vedi allegato*		

Nome	*Roberta*	*Cognome*	*Ricco*
Telefono	*348/4033236*	*Cellulare*	*348/4033236*
Fax	*070539682*	*email*	*roby.ricco@tiscali.it*
Curriculum	*Vedi allegato*		

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

A)Motivazione della scelta scientifica:

Solo le esercitazioni pratiche con manichini appositamente studiati per questo fine e simulatori possono garantire adeguati formazione e aggiornamento professionali nel campo dell'urgenza-emergenza.

B)Motivazione della scelta economica:

Essendo manichini e simulatori resi disponibili dal Responsabile Scientifico, la spesa da affrontare è limitata all'onorario dei docenti e all'acquisto dei manuali PBLSD SIMEUP. I locali dovrebbero essere reperibili nell'Azienda (precedenti edizioni si sono svolte nell'Aula Thun).

C)Motivazione della scelta dei docenti:

I Docenti segnalati sono tutti dipendenti dell'Azienda e sono certificati SIMEUP

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐

fuori orario di servizio X

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):* 26/02/2018

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. 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)

ALESSANDRO CANETTO

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica
Responsabile: Dott. Alessandro Canetto

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

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
IL DIRETTORE
Dott. Giuseppe Lessi

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

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

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

"PBLS-D"
Pediatric Basic Life Support and early Defibrillation
Data

Aula DERIU

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	/////	/////	//	////////	////////	
Sessione 1 mattina					/////	
Dettaglio 1	8,00	8,45	Presentazione ed obiettivi del corso	RTP	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
Dettaglio 2	8,45	9,30	Verifica delle conoscenze di base	RTP	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
Dettaglio 3	9,30	11,30	**Stazioni di addestramento su manichini (ad 1 soccorritore) LATTANTE: Tecniche fasi C-A-B e sequenza. Tecniche di disostruzione da corpo estraneo. Posizione laterale di sicurezza.**	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
Dettaglio 4	11,30	13,30	**Stazioni di addestramento su manichini (ad 1 soccorritore) BAMBINO: Tecniche fase C-A-B-D e sequenza. Presentazione e applicazione del DAE. Tecniche di disostruzione da corpo estraneo. Posizione laterale di sicurezza. Sub-lussazione della mandibola**	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14,30	15,30	**Stazioni di addestramento su manichini (a 2 soccorritori) LATTANTE: Tecniche fasi C-A-B e sequenza a 2 soccorritori e con mezzi aggiuntivi**	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
Dettaglio 2	15,30	16,30	**Stazioni di addestramento su manichini (a 2 soccorritori) BAMBINO: Tecniche fasi C-A-B-D e sequenza a 2 soccorritori e con mezzi aggiuntivi**	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
Dettaglio 3	16,30	18,00	Prove pratiche individuali	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda
Dettaglio 4	18,00	19,00	Vconclusione lavori. Verifica di apprendimento	RTP	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Coluc ci/Cancedda