

Adottata dal DIRETTORE GENERALE f.f. in data 10 APR. 2019

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011". Spesa complessiva € 1.860,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 11 APR. 2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE GENERALE f.f. Dott. Vinicio Atzeni

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 vuole attivare il suddetto corso al fine di far conoscere la normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, i concetti di rischio le figure coinvolte dal sistema normativo, organi di controllo e sanzioni;

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 rivolta al personale non ancora formato per un totale di 420 partecipanti suddivisi in 12 edizioni sarà svolta da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto;

Recepito altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutors interni come da elenco autorizzato nel progetto;

Valutato il progetto formativo: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011" 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. 956 del 10 APR. 2019

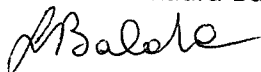
DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011", rivolto al personale dell'Azienda per un totale di 420 partecipanti suddivisi in 12 edizioni.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da tutor interni come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva è di € 1.860,00 (milleottocentosessanta euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.
5. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti e dei Tutor interni..
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.860,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Dott. Vinicio Atzeni



SSD Formazione

Dir. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



Al Sig. Direttore Generale
Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Formazione sulla sicurezza D.Lgs 81/08
Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011

STRUTTURA PROPONENTE

Servizio Prevenzione e Protezione ed Ufficio Formazione

OBIETTIVI

Far conoscere la normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, i concetti di rischio le figure coinvolte dal sistema normativo, organi di controllo e sanzioni

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Il sistema normativo e la sua evoluzione in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organi di vigilanza, controllo ed assistenza, sistema sanzionatorio e responsabilità civile e penale, approfondimento delle tecniche di comunicazione e dello stress lavoro correlato.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

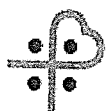
Acquisizione di conoscenze e competenze specifiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

B) Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Sono rivolti a professionisti ed equipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione".

C) Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Sono rivolti a professionisti ed equipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione."



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 2 a 10

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 MAGNA BUSINCO, AULA THUN MICROCITEMICO.

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
 PC
 VIDEOPROIETTORE
 ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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

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

Stabilimento Ospedaliero ^{Pag. 2 di 9}
Businco e Cao
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
Corpo G 1° piano

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.

Edizioni numero	Partecipanti per edizione	Data inizio(gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	35	08.05.2019	08.05.2019
2	35	14.05.2019	14.05.2019
3	35	15.05.2019	15.05.2019
4	35	22.05.2019	22.05.2019
5	35	29.05.2019	29.05.2019
6	35	05.06.2019	05.06.2019
7	35	11.06.2019	11.06.2019
8	35	12.06.2019	12.06.2019
9	35	10.10.2019	10.10.2019
10	35	16.10.2019	16.10.2019
11	35	08.11.2019	08.11.2019
12	35	27.11.2019	27.11.2019

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. _____
- Geriatrics** n. _____
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. _____



<input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio	n. _____
<input type="checkbox"/> Malattie Infettive	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Termale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	n. _____
<input type="checkbox"/> Nefrologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neonatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	n. _____
<input type="checkbox"/> Oncologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> 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. _____
-
- 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. _____

 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. _____

 Dietista

n. _____

 Igienista Dentale

n. _____

n. _____

X TUTTE LE PROFESSIONI

n 420

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)** ASL n. _____ Strutture private Altri enti o amministrazioni pubbliche

Azienda Ospedaliera G. Brotzu

P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari

P.iva: 02315520920

www.aobrotzu.it

SSD Formazione

Responsabile: Dott. Andrea Corrias

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578

Fax: 070.5296.5594

E-mail: ufficioformazione@aob.itStabilimento Ospedaliero ^{Pag. 6 di 9}

Businco e Cao

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

Corpo G 1° piano

**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_4 ore x 12 edizioni . totale 48 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

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): non si riconferma quello degli anni precedenti

Project Work

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

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

Stabilimento Ospedaliero^{Pag. 7 di 9}
Businco e Cao
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
Corpo G 1° piano



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 8 a 10

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 25.82 X 4 ORE X 12 EDIZIONI = 1240€
Tutor d'aula	€ 25.82 x 24h =620
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1240+620=1860

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	BRUNO GIORGIO FRANCO	Cognome	FACEN
Qualifica	INGEGNERE- DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE R.S.P.P.		
Struttura	SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE		
Telefono	070-539478	Cellulare	3450203782
Fax	070-539331	email	brunofacen@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

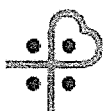
Nome	GABRIELE	Cognome	MARCIAS
Telefono		Cellulare	3489159682
Fax		email	gabriele.marcias@libero.it
Curriculum	si		
Nome	NATALIA	Cognome	ANGIUS
Telefono		Cellulare	3421433641
Fax		email	angiusnatalia@tiscali.it
Curriculum	si		

TUTOR D'AULA

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

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

Stabilimento Ospedaliero ^{Pag. 8 di 9}
Businco e Cao
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
Corpo G 1° piano



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 9 a 10

Nome	MAURO	Cognome	LODDO
Telefono		Cellulare	
Fax		Email	MAUROLODDO@AOB.IT
Curriculum	si		
Nome	Giovanni	Cognome	Soriga
Telefono		Cellulare	
Fax		email	giovannisoriga@aob.it
Curriculum	si		

A) Motivazione della scelta scientifica:

Corso obbligatorio (secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 81/2008 e secondo i contenuti previsti dall'Accordo Stato Regioni del 21.12.2011) in tema di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento agli obblighi dei lavoratori per i rischi presenti nell'attività lavorativa.

B) Motivazione della scelta economica:

I compensi professionali dei docenti interni si basano sulle tariffe applicate dal CCNL (€ 25,82 per ora fuori orario di servizio, e 5.16 in orario di servizio).

E' prevista anche una quota per il compenso del Tuto D'aula prevista dal CCNL (€ 25,82 per ora fuori orario di servizio e 5.16 in orario di servizio).

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sono dipendenti e sono stati individuati sulla base delle competenze professionali specifiche per offrire ai partecipanti elementi didattici sia teorici che pratici in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

D) Motivazione della scelta dei tutor d'aula:

I tutor d'aula, regolarmente iscritti nell'albo dei tutor d'aula, sono stati individuati dal Responsabile scientifico e sono il Sig. Mauro Loddo e il Dott. Soriga Giovanni, dipendenti di questa Azienda con il ruolo di ASPP(addetti servizio prevenzione e protezione).

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: _____

Data (gg/mm/aaaa): 03-04-19

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. Vincenzo Ricchi

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)

BRUNO FACEN

IL RESPONSABILE
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
Ing. Bruno Facen

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

ANDREA CORRIAS

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
responsabile 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 origina



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

PFA: FORMAZIONE SULLA SICUREZZA D.LGS. 81/2008.
CORSO BASE DURATA MIN. 4 ORE SECONDO ACCORDO STATO REGIONI 21.12.2011
1° Ediz. 08.05.2019

Programma didattico dettagliato

Sessione 1	Mattina	Pomeriggio		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8.30	14.30	Normativa sulla sicurezza del lavoro e sua evoluzione. Il D.Lgs. 81/08 e smi. Concetti di rischio, prevenzione e protezione.	RTP	N. Angius	G. Marcias
	9.30	15.30				
Dettaglio 2	09.30	15.30	Rischi possibili in azienda e sistemi di contenimento (chimico, biologico, cancerogeno, radiazioni ionizzanti, videoterminale, movimentazione manuale dei carichi).	RTP	N. Angius	G. Marcias
	10.30	16.30				
Dettaglio 3	10.30	16.30	Organizzazione della prevenzione aziendale. Il datore di lavoro, dirigenti, preposti, medico competente, servizio di prevenzione e protezione. Organi di controllo, vigilanza e sorveglianza sanitaria. Le sanzioni	RTP	N. Angius	G. Marcias
	11.30	17.30				
Dettaglio 4	11.30	17.30	Il Documento di valutazione dei rischi. La riunione periodica. I dispositivi di protezione individuale ed i sistemi di prevenzione e protezione collettivi.	RTP	N. Angius	G. Marcias
	12.00	18.00				
Dettaglio 5	12.00	18.00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	N. Angius	G. Marcias
	12.30	18.30				

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	
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		
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		

