



Adottata dal DIRETTORE GENERALE f.f. in data 17 APR. 2019

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Il Percorso Riabilitativo del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche". Spesa complessiva € 2.400,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 18 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 in particolare il Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale P.O. Businco vuole attivare il suddetto corso al fine di migliorare ed integrare le conoscenze e le competenze nella riabilitazione dei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo. Necessità di percorsi integrati e condivisi tra il Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale e il Centro Trapianti di 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;

Dato Atto che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 50 partecipanti sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto;

Valutato il progetto formativo: "Il Percorso Riabilitativo del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

SSD Formazione

Dir. Dott. A. Corrias *AC*

Ass.te Amm.vo A. Mulas *AM*

Segue Deliberazione n. 1022 del 17 APR. 2019

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Il Percorso Riabilitativo del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 50 partecipanti.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Di determinare che la spesa complessiva pari a € 2.400,00 (duemilaquattrocento euro), per le spese di vitto, viaggio e pernottamento dei docenti esterni, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.
4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 2.400,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Dott. Vinicio Atzeni





Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Il Percorso Riabilitativo del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche

STRUTTURA PROPONENTE

Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale P.O. Businco

OBIETTIVI

migliorare ed integrare le conoscenze e le competenze nella riabilitazione dei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

valutazione in riabilitazione; problematiche specifiche del paziente sottoposto ad intervento di trapianto di midollo osseo;

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Miglioramento delle capacità operative. Migliorare l'approccio e le capacità relazionali col paziente.

B) Acquisizione competenze di processo:

acquisizione delle sequenze riabilitative: valutazione del paziente, trattamento preoperatorio, trattamento post operatorio

C) Acquisizione competenze di sistema:

Tutti gli operatori dovranno acquisire un modo di operare secondo linee guida comuni nel rispetto delle proprie competenze

**TIPOLOGIA DI EVENTO:****A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

X 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 X NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura Sala Convegni

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. 50 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

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 Sì, 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.

<i>Edizione numero</i>	<i>Partecipanti per edizione</i>	<i>Data inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data fine (gg/mm/aaaa)</i>
1	50	17/05/2019	17/05/2019

PROFESSIONI

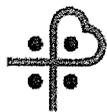
Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

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. _____



- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Genetica Medica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Geriatría</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. _____ |
| <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>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 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 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 type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i> | 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



- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i> | n. ____ |
| X TUTTE LE PROFESSIONI | n.50 |

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 8

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*
-
-

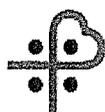
VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica*
 - Role playing con griglia*
 - Prova manuale*
- Prova orale*
 - Strutturata*
 - Non strutturata*
- Prova scritta*
 - tema*
 - saggio*
 - tesina*
 - altro*

X 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.

Pernottamento	€ 800.00
Pasti	€ 400.00
Spese di viaggio	€ 1200.00
Altro:	
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 2400.00

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ €

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

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



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	Mauro	Cognome	Loddo
Qualifica	Dirigente Medico		
Struttura	SSD di Riabilitazione P.O. Businco		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	mauroloddo.57@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	Pietro	Cognome	Braina
Telefono	070539256	Cellulare	
Fax		email	pietrobraina@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Antonio	Cognome	Piroddi
Telefono	07052967906	Cellulare	
Fax		email	antonio.piroddi@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Giorgio	Cognome	La Nasa
Telefono	07052962061	Cellulare	
Fax		email	giorgio.lanasa@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Cristina	Cognome	Depau
Telefono	07052965312	Cellulare	
Fax		email	cristina.depau@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Pisu	Cognome	Gabriella
Telefono		Cellulare	3392727318



Fax		email	<u><i>gabriellapisu72@gmaile.com</i></u>
Curriculum	<u><i>allegato</i></u>		

Nome	<u><i>Maria Silvia</i></u>	Cognome	<u><i>Zucca</i></u>
Telefono		Cellulare	<u><i>3409535330</i></u>
Fax		email	<u><i>silvia.m.zucca@gmail.com</i></u>
Curriculum	<u><i>allegato</i></u>		

Nome	<u><i>Adriana</i></u>	Cognome	<u><i>Vacca</i></u>
Telefono	<u><i>070561790</i></u>	Cellulare	
Fax		email	<u><i>vaccaadriana@gmail.com</i></u>
Curriculum			

Nome	<u><i>Arianna</i></u>	Cognome	<u><i>Cornacchia</i></u>
Telefono		Cellulare	<u><i>3296125067</i></u>
Fax		email	<u><i>ariannacornacchia35@gmail.com</i></u>
Curriculum	<u><i>allegato</i></u>		

Nome	<u><i>Pierluigi</i></u>	Cognome	<u><i>Zolesio</i></u>
Telefono		Cellulare	<u><i>3385256531</i></u>
Fax		email	<u><i>zolesiop@tiscali.it</i></u>
Curriculum	<u><i>allegato</i></u>		

Nome	<u><i>Chiara</i></u>	Cognome	<u><i>Brazzo</i></u>
Telefono		Cellulare	<u><i>3283053220</i></u>
Fax		email	<u><i>chiara.brazzo@alice.it</i></u>
Curriculum	<u><i>allegato</i></u>		

Nome	<u><i>Karin</i></u>	Cognome	<u><i>Voelkl</i></u>
Telefono		Cellulare	<u><i>3403754556</i></u>
Fax		email	<u><i>kvoelk@hotmail.com</i></u>
Curriculum	<u><i>allegato</i></u>		

Nome	<u><i>Marina</i></u>	Cognome	<u><i>Gandione</i></u>
Telefono		Cellulare	<u><i>3339813540</i></u>



Fax	_____	email	_____
Curriculum	allegato		Marina.gandione@unito.it

Nome	Cristina	Cognome	Atzori
Telefono	_____	Cellulare	3403886137
Fax	_____	email	cristina.atzori@aob.it
Curriculum	allegato		_____

Nome	Francesca	Cognome	Rossi
Telefono	0113131643	Cellulare	_____
Fax	_____	email	francesca.rossi@unito.it
Curriculum	allegato		_____

Nome	Maria Antonietta	Cognome	Casula
Telefono	_____	Cellulare	3285699633
Fax	_____	email	mariaa.casula@aob.it
Curriculum	allegato		_____

A) Motivazione della scelta scientifica:

Necessità di percorsi integrati e condivisi tra il Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale e il Centro Trapianti di Midollo Osseo.

B) Motivazione della scelta economica:

Non sono previste spese di docenza ma solo rimborso spese per i docenti esterni, secondo quanto previsto nel regolamento aziendale, e le spese per l'accreditamento AGENAS. Il rimborso spese sarà corrisposto ai docenti del CTMO di Torino: Dott.ssa Francesca Rossi - Dott.ssa Marina Gandione, e di Bolzano: Dott.ssa Chiara Brazzo – Karin Voelkl.

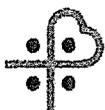
C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sono stati individuati per la loro esperienza in campo trapiantologico all'interno del CTMO e del Servizio Recupero e Rieducazione del P.O. Businco, nonché nei centri di riabilitazione e CTMO di Torino, e di Bolzano.

A) Docenti Interni:

in orario di servizio

fuori 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): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Aseni ✓

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

AO Brotzu - Cagliari

Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione

Dott. Mauro Loddo

Dott. Mauro Loddo - Matr. 748575

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)

AO Brotzu - Cagliari

Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione

S.S.D. Riabilitazione

Dott. Pietro Braina

Direttore: Dott. Pietro Braina

AO Brotzu - Cagliari

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

Dott. Maurizio Melis

Dott. Maurizio Melis

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

AO Brotzu - Cagliari

SSD FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias

NOTE:

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. 070.5296.5575-5574

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



PFA: "Il Percorso Riabilitativo del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali
Ematopoietiche"

1° Edizione 17,05,2019

Sala Convegni P.O. Businco – AO Brotzu

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	08.45	Presentazione del Corso: contenuti e obiettivi	RTP	P. Braina G. La Nasa	M.Loddo
Dettaglio 2	08.45	09.30	Evoluzione del Percorso Riabilitativo	CD	M. Loddo G.Sedda M.A.Casula S. Zucca	P. Braina
Dettaglio 3	09.30	10.00	Il Paziente sottoposto a TCSE	RTP	A. Vacca	C. Depau
Dettaglio 4	10.00	10.30	Il paziente sottoposto a TCSE in età evolutiva	RTP	A. Piroddi	A. Vacca
Dettaglio 5	10.30	11.00	Il PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) del paziente sottoposto a TCSE	RTP	P. Zolesio	M. Loddo
Dettaglio 6	11.00	11.15	Discussione	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 7	11.15	11.45	CFR (Cancer – Related Fatigue): Valutazione e trattamento	RTP	C. Atzori	M.A.Casula
Dettaglio 8	11.45	12.00	Il paziente sottoposto a TCSE: Piano Assistenziale	RTP	G. Pisu	S.Zucca
Dettaglio 9	12.00	12.15	Il paziente in età evolutiva sottoposto a TCSE: Piano Assistenziale	RTP	A. Cornaccia	G. Pisu
Dettaglio 10	12.15	12.45	Intervento NPI integrato dalla prima infanzia all'adolescenza nei pazienti sottoposti a TCSE	RTP	M. Gandione	F. Rossi
Dettaglio 11	12.45	13.30	Confronto e dibattito	CD	Tutti i docenti	
			Pausa pranzo			



Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.30	15.00	La valutazione riabilitativa nei pazienti sottoposti a TCSE in età evolutiva	DT	F. Rossi	C. Atzori
Dettaglio 2	15.00	15.30	Supporto fisioterapico per il paziente sottoposto a Trapianto Allogeneico di Midollo Osseo. Motivazione e descrizione dello studio intrapreso.	RTP	C. Brazzo	K. Voelkl
Dettaglio 3	15.30	16.00	Supporto fisioterapico per il paziente sottoposto a Trapianto Allogeneico di Midollo Osseo. Risultati dello studio e prospettive per il futuro.	RTP	K. Voelkl	C. Brazzo
Dettaglio 4	16.00	17.00	Confronto e dibattito	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 5	17.00	17.30	Conclusione dei lavori e questionario di gradimento e apprendimento.	RTP	M. A. Casula	S. Zucca

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	45
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	2	45
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI	0	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		
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING		

