

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1929

del 22.11.2022

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Innovazione introdotte con un tomografo a 3 Tesla: aspetti clinici e di sicurezza". Spesa complessiva € 1.642,00.

PDTD/2022/2011

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 22.11.2022 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI NO

Il Responsabile della SSD Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista** la Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;
- Visto** l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale;
- Considerato** che l'Azienda, nello specifico la SC di Fisica Sanitaria ha attivato il suddetto corso al fine di una maggior conoscenza di definire gli effetti biologici dei campi elettromagnetici con utilizzo di apparecchiature a risonanza magnetica da 3 Tesla, attraverso modelli sul corpo umano. Aggiornamenti derivanti dalla normativa recente e applicazioni cliniche;
- Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2022 approvato con Deliberazione n° 1437 del 22.12.2021;
- Dato Atto** che l'attività formativa rivolta al personale dell'Azienda per un totale di 80 partecipanti, è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni;
- Recepito** altresì che l'attività di tutoraggio è stata svolta dal Tutor d'aula interno come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il Progetto Formativo Aziendale ECM: "Innovazione introdotte con un tomografo a 3 Tesla: aspetti clinici e di sicurezza" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

segue Determinazione n. 1929 del 22.11.2022

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. Di autorizzare il Progetto Formativo Aziendale ECM: Innovazione introdotte con un tomografo a 3 Tesla: aspetti clinici e di sicurezza”, rivolto al personale dell’Azienda per un totale di 80 partecipanti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l’attività formativa è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni in orario di servizio come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di confermare altresì che l’attività di tutoraggio è stata svolta da Tutor d’aula interno in orario di servizio come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva di € 1.642,00 (milleseicentoquarantadue euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l’aggiornamento professionale anno 2022.
5. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all’emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento del Tutor d’aula interno.
7. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 1.642,00.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

Al Direttore Generale
Dott.ssa Agnese Foddis

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Innovazione introdotte con un tomografo a 3 Tesla: aspetti clinici e di sicurezza

STRUTTURA PROPONENTE

Struttura Complessa di Fisica Sanitaria

OBIETTIVI

Definire gli effetti biologici dei campi elettromagnetici con utilizzo di apparecchiature a risonanza magnetica da 3 Tesla, attraverso modelli sul corpo umano. Aggiornamenti derivanti dalla normativa recente e applicazioni cliniche.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

- 1) Sintesi della normativa in vigore.
- 2) Grandezze fisiche nei CEM utilizzate nelle apparecchiature a risonanza magnetica.
- 3) Rischio esposizione professionale in RM.
- 4) Casi di studio su dosimetria in MRI.
- 5) Aspetti medici nell'utilizzo di un tomografo a 3 Tesla.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Garantire la conoscenza dell'esposizione professionale durante gli esami RM: acquisire esperienze cliniche nell'utilizzo nella risonanza magnetica a 3T.

B) Acquisizione competenze di processo:

I partecipanti dovranno entrare a far parte del processo di regole stabilite dalla normativa e regolamentate dal manuale di sicurezza.

C) Acquisizione competenze di sistema:

I partecipanti al corso dovranno acquisire competenze specifiche nella gestione degli esami anche nelle situazioni critiche attraverso la collaborazione tra le varie figure coinvolte (medici, tecnici, fisici).

Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 2 a 11

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 _____

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. 80 partecipanti
 Sala conferenza per n. _____ 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. 80
Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data edizione (gg/mm/aaaa)
1	80	17/6/2022

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. _____
- 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. _____

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <u>Medicina dello Sport</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Nefrologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Neonatologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Neurologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Neuropsichiatria Infantile</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Oncologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Pediatria</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Psichiatria</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Radioterapia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Reumatologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Cardiochirurgia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Chirurgia Generale</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Chirurgia Maxillo - Facciale</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Chirurgia Pediatrica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Chirurgia Toracica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Chirurgia Vascolare</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Ginecologia e Ostetricia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Neurochirurgia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Oftalmologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Otorinolaringoiatria</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Urologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Anatomia Patologica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Anestesia e Rianimazione</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Biochimica Clinica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Farmacologia e Tossicologia Clinica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Laboratorio di Genetica Medica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Medicina Trasmfusionale</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Medicina Legale</u> | n. _____ |

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 5 a 11

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <u>Medicina Nucleare</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Microbiologia e Virologia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Neurofisiopatologia</u> | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <u>Neuroradiologia</u> | n. 7 |
| <input type="checkbox"/> <u>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</u> | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <u>Radiodiagnostica</u> | n. 30 |
| <input type="checkbox"/> <u>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Continuità Assistenziale</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Scienza dell'alimentazione e dietetica</u> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> <u>Direzione medica di presidio ospedaliero</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Organizzazione dei servizi sanitari di base</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Audiologia e Foniatria</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Psicoterapia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Privo di Specializzazione</u> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Psicoterapia</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Psicologia</u> | n. _____ |
|
 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare) | |
| Fisico Sanitario | n. 8 |
|
 | |
| PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> <u>Infermiere</u> | n. 5 |
| <input type="checkbox"/> <u>Infermiere pediatrico</u> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Ostetrica/o</u> | 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 Perfusioni Cardiovascolari n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico n. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica n. 30
- Tecnico Audiometrista n. _____
- Tecnico Audioprotesista n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia n. _____
- Tecnico Ortopedico n. _____

TUTTE LE PROFESSIONI

n. ____

PROFESSIONI SENZA ECM

- Ausiliario n. _____

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)**

- AOB
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 7 a 11

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 5:15 per 1 edizione

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.

<i>Docenza</i>	€ 350
<i>Pernottamento</i>	€330
<i>Pasti</i>	€200
<i>Spese di viaggio</i>	€600
<i>Tutor d'aula</i>	€ 12
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€150 (<i>locandina</i>)
2. <i>costo accreditamento</i>	€
Totale	€ 1.642,00

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 dei Responsabili Scientifico:

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

<i>Nome</i>	<u>Stefano</u>	<i>Cognome</i>	<u>Loi</u>
<i>Qualifica</i>	<u>Fisica Sanitaria</u>		
<i>Struttura</i>	<u>Fisica Sanitaria</u>		
<i>Telefono</i>	_____	<i>Cellulare</i>	_____
<i>Fax</i>	_____	<i>e-mail</i>	<u>stefanoloia@ao.it</u>

Nome	<u>Ignazio</u>	Cognome	<u>Solla</u>
Qualifica	<u>Dirigente Fisica Sanitaria</u>	Cellulare	<u></u>
Struttura	<u>Fisica Sanitaria</u>	e-mail	<u></u>
Telefono	<u></u>	Fax	<u></u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Luigi</u>	Cognome	<u>Grazioli</u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

Nome	<u>FRANCESCO</u>	Cognome	<u>CAMPANELLA</u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

Nome	<u>Luca</u>	Cognome	<u>Zilberti</u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

Nome	<u>Paolo</u>	Cognome	<u>Siotto</u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u>paolosiotto@aob.it</u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

Nome	<u>Stefano</u>	Cognome	<u>Loi</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u>stefanoloi@aob.it</u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

Nome	<u>Ignazio</u>	Cognome	<u>Solla</u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u>ignazio.solla@aob.it</u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

Tutor d'aula

Nome	<u>Mario</u>	Cognome	<u>Gaviano</u>
Fax	<u></u>	e-mail	<u>mario.gaviano@aob.it</u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

A) Motivazione della scelta scientifica:

un tomografo a RM introduce dei rischi legati alla presenza di campi magnetici statici, variabili e di radiofrequenze che coinvolgono il personale che vi opera e i pazienti. La presenza di un tomografo 3T acuisce queste problematiche. Il percorso formativo previsto per questo corso propone argomenti legati alla esposizione degli operatori, e gli aspetti clinici peculiari nel passaggio ad un tomografo a 3T.

Emissione 28/06/2016

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Revisione 07/01/2021

Pag. 10 a 11

B) Motivazione della scelta economica:

Ai docenti Grazioli e Campanella sarà riconosciuto il rimborso per le spese di trasferta e di docenza, mentre al docente Zilberti solo il rimborso di trasferta in base agli accordi con l'amministrazione di appartenenza. Tutti i compensi sono conformi a quanto stabilito dalla Delibera G.R. 32/79 del 24/7/2012 Il compenso per il tutor d'aula è conforme a quanto stabilito nel CCNL.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Data la specificità delle tematiche in oggetto si è richiesta la partecipazione di docenti esterni che portano anche un'esperienza di riferimento a carattere nazionale.

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 (gg/mm/aaaa):** 08/04/2022

Nome e cognome (in stampatello) Dott. ssa Agnese Foddis

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Timbro e Firma (leggibile)
Responsabile Scientifico

Dott. Stefano Loi

RESP. LE FISICA SANITARIA

Dott. Stefano Loi

Timbro e Firma (leggibile)
Responsabile Scientifico

Dott. Ignazio Solla

 **AO Brotzu - Cagliari**
P.O. BUSINCO
FISICA SANITARIA
DIRIGENTE FISICO
DOTT. IGNAZIO SOLLA - 753255

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,

Dott. Stefano Loi

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa

RESP. LE FISICA SANITARIA

Dott. Stefano Loi

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento Giancarlo Angioni

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angioni

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani

NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

Progetto;

Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;

CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);

Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

1) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale

PFA: "Innovazioni introdotte col tomografo a 3 Tesla: aspetti clinici e di sicurezza"

17 Giugno 2022

ARNAS – Aula Atza

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08:45	09:00	Introduzione e presentazione del corso	RTP	S. Loi	I.S olla
Dettaglio 2	09:00	09:45	Effetti biologici dei CEM. Grandezze fisiche nelle esposizioni in MRI	RTP	L.Zilberti	I. Solla
Dettaglio 3	09:45	10:30	Dosimetria elettromagnetica in MRI: casi di studio	RTP	L.Zilberti	I. Solla
Dettaglio 4	10:30	11:00	Minimizzazione delle esposizioni professionali	RTP	F. Campanella	S. Loi
Dettaglio 5	11:00	11:30	Dalla vigilanza alla autovalutazione: utilizzo di una checklist ai fini della sicurezza nel sito RM	RTP	F. Campanella	S. Loi
	11:30	11:45	Pausa		-	
Dettaglio 6	11:45	13:15	Esperienze clinica in ambito body. 3T vs 1.5T: quali vantaggi e quali limiti	RTP	L.Grazioli	P. Siotto
Dettaglio 7	13:15	13:45	Tavola rotonda	TRD	Campanella/ Zilberti Grazioli/Siotto /Loi/Solla	
Dettaglio 8	13:45	14:15	Chiusura dei lavori-compilazione ECM	RPT	S. Loi	I. Solla P. Siotto

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	45
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		30
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		