

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1339

del 11.08.2022

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Pediatric Basic Life Support and Early Defibrillation (PBLSD)". Spesa complessiva € 5.514,00.

PDTD/2022/1319

---

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 11.08.2022 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 SSD Medicina D'urgenza Pediatrica P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di uniformare nel contesto dell'Azienda le modalità di assistenza al bambino critico;

**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 sanitario dell'Azienda per un totale 84 partecipanti, suddivisi in 7 edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto;

**Valutato** il Progetto Formativo Aziendale ECM: "Pediatric Basic Life Support and Early Defibrillation (PBLSD)" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

segue Determinazione n. 1339 del 11.08.2022

#### DETERMINA

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

1. Di autorizzare il Progetto Formativo Aziendale ECM: "Pediatric Basic Life Support and Early Defibrillation (PBLIS-D)", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 84 partecipanti, suddivisi in 7 edizioni, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di determinare che la spesa complessiva di € 5.514,00 (cinquemilacinquecentoquattordici euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2022.
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 autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
6. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 5.514,00.

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

*Al Sig. Direttore Generale*

**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**  
**PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT AND EARLY DEFIBRILLATION (PBLIS-D)**

**STRUTTURA PROPONENTE**  
**MEDICINA D'URGENZA PEDIATRICA P.O. SAN MICHELE**

*DESTINATARI (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16)*

**OBIETTIVI**  
**FORNIRE INDICAZIONI TEORICO- PRATICHE 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 lattante/ bambino /adolescente.**  
**Sostegno delle funzioni vitali con e senza mezzi aggiuntivi.**

**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.**

**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. 6 \_\_\_\_\_ 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.*

**Settembre – Dicembre 2022 ( 12 partecipanti per edizione, con due istruttori per corso)**

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	12	06/09/2022	06/09/2022
2	12	20/09/2022	20/09/2022
3	12	03/10/2022	03/10/2022
4	12	19/10/2022	19/10/2022
5	12	02/11/2022	02/11/2022
6	12	16/11/2022	16/11/2022
7	12	01/12/2022	01/12/2022

**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. \_\_\_\_\_

<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. _____ |
| <br>                                                                                                          |          |
| <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. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>                                                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>                                                     | n. _____ |
| <br>                                                                                                          |          |
| <input type="checkbox"/> <b><i>Odontoiatra</i></b>                                                            | n. _____ |
| <br>                                                                                                          |          |
| <input type="checkbox"/> <b><i>Psicologo – Psicoterapeuta</i></b>                                             | 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 Perfusioni Cardiovascolari* 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. \_\_\_\_\_

**X TUTTE LE PROFESSIONI**

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



**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 9*

**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.

Docenza Interna € 25,82/ORA	€ 1355,55
Docenza Esterna € 50/ORA	€ 3150,00
Tutor didattico	€
Tutor d'aula	€
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€ 1.008,00 (84 manuali PBL5-D a 12 euro ognuno)
2. costo accreditamento	€
Totale per edizione	€ 787,65 (12 partecipanti: 65,63 euro a partecipante)
Totale (Sette Edizioni)	€ 5513,55

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

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

SSD Formazione  
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani  
Tel. 070.539438  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede SSD Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)

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	GABRIELLA	Cognom	CHERCHI
		e	
Qualifica	Dirigente Medico di Pediatria		f.f. Direttore di SSD
Struttura	Medicina d'Urgenza Pediatrica		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>gabriella.cherchi@aob.it</u>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	ALESSANDRO	Cognome	CANETTO
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>alessandro.canetto@aob.it</u>
Curriculum	vedi		

Nome	BEATRICE	Cognome	CANCEDDA
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>beatrice.cancedda@aob.it</u>
Curriculum	vedi		

Nome	GABRIELLA	Cognome	CHERCHI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>gabriella.cherchi@aob.it</u>
Curriculum	vedi		

Nome	GIUSEPPE	Cognome	COLUCCI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	giuseppe.colucci@aob.it
Curriculum	vedi		
Nome	ANNAPAOLA	Cognome	PINNA
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	vedi		
Nome	ROBERTA	Cognome	RICCO
Telefono		Cellulare	
Fax		email	roberta.ricco@aob.it
Curriculum	vedi		
Nome	FABIANA	Cognome	SAU
Telefono		Cellulare	
Fax		email	fabiana.sau@aob.it
Curriculum	vedi		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

**Le esercitazioni pratiche con manichini appositamente studiati per questo fine e simulatori DAE possono garantire adeguati livelli di formazione ed aggiornamento professionali nel campo dell'urgenza-emergenza**

**B) Motivazione della scelta economica:**

**Essendo manichini e simulatori DAE resi disponibili dal Docente Esterno, la spesa da affrontare è limitata all'onorario dei docenti interni e del docente esterno e all'acquisto dei manuali PBLSD SIMEUP. I locali dovrebbero essere reperibili all'interno dell'Azienda ( Aula Deriu e Aula Ciccu)**

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

**Tutti i docenti segnalati sono istruttori certificati dalla Società Italiana di Medicina d'Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP).**

**RICADUTA FORMATIVA**

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo

**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**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Responsabile Scientifico**

**Nome e cognome (in stampatello)**

Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)

Dott.ssa GABRIELLA CHERCHI  
SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica

**Timbro e Firma (leggibile)**

Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)



ARNAS G. BROTZU  
SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica  
f.f. Responsabile: D.ssa Gabriella Cherchi

**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 Dessì

**Nome e Cognome (In stampatello)**

Responsabile Ufficio Formazione

**Timbro e firma (leggibile)**

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

## SSD FORMAZIONE

PFA: "Pediatric Basic Life Support and early Defibrillation. "PBLIS-D"

1° edizione 06/09/2022  
2° edizione 20/09/2022  
3° edizione 03/10/2022  
4° edizione 19/10/2022  
5° edizione 02/11/2022  
6° edizione 16/11/2022  
7° edizione 01/12/2022

**Aula DERIU**

### Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08,00	08,30	Presentazione ed obiettivi del corso	RTP	Canetto	Cherchi
Dettaglio 2	08,30	09,00	Verifica delle conoscenze di base	RTP	Canetto	Cherchi
Dettaglio 3	09,00	09,30	Stazioni di addestramento su manichini (ad 1 soccorritore) LATTANTE:	DT	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau
Dettaglio 4	09,30	11,00	Tecniche fasi C-A-B e sequenza. Tecniche di disostruzione da corpo estraneo. Posizione laterale di sicurezza.	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau
Dettaglio 5	11,00	11,30	Stazioni di addestramento su manichini (ad 1 soccorritore) BAMBINO:	DT	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau
Dettaglio 6	11,30	13,00	Tecniche fase C-A-B-D e sequenza. Applicazione del DAE. Tecniche di disostruzione da corpo estraneo. Posizione laterale di sicurezza. Sub-lussazione della mandibola	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau
			<b>Pausa pranzo</b>			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14,00	14,30	Stazioni di addestramento su manichini (a 2 soccorritori) LATTANTE:	DT	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau
Dettaglio 2	14,30	15,30	Tecniche fasi C-A-B e sequenza a 2 soccorritori e con mezzi aggiuntivi	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau
Dettaglio 3	15,30	16,00	Stazioni di addestramento su manichini (a 2 soccorritori) BAMBINO:	DT	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Can cedda/Pinna /Sau

Dettaglio 4	16,00	16,30	Tecniche fasi C-A-B-D e sequenza a 2 soccorritori e con mezzi aggiuntivi	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Cancedda/Pinna /Sau
Dettaglio 5	16,30	17,30	Prove pratiche individuali	ED	Canetto/Cherchi (co-docenza)	Ricco/Colucci/Cancedda/Pinna /Sau
Dettaglio 6	17,30	18,00	Conclusione lavori. Verifica di apprendimento	RTP	Canetto	Cherchi

	<b>METODI DIDATTICI</b>	Ore	Min
<b>LM</b>	<b>LEZIONI MAGISTRALI</b>		
<b>RTP</b>	<b>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</b>	1	30
<b>TRD</b>	<b>TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI</b>		
<b>CD</b>	<b>CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")</b>		
<b>DT</b>	<b>DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI</b>	2	
<b>LG</b>	<b>PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</b>		
<b>LPG</b>	<b>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</b>		
<b>ED</b>	<b>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</b>	5	30
<b>RP</b>	<b>ROLE-PLAYING</b>		