

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1891

del 17.11.2022

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Lesioni Melanocitarie di difficile interpretazione". Spesa complessiva € 1.283,28. CIG Z3238A170C

PDTD/2022/2007

---

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 17.11.2022 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 Anatomia Patologica e Servizio di Dermatologia del P.O. Businco ha attivato il suddetto corso al fine di una maggior conoscenza delle lesioni melanocitarie sotto i profili clinico e anatomo-patologico, unitamente alla valutazione delle ricadute diagnostiche del nuovo sistema classificativo WHO 2018;

**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 42 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: "Lesioni Melanocitarie di difficile interpretazione" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

segue Determinazione n. 1891 del 17.11.2022

#### DETERMINA

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

1. Di autorizzare il Progetto Formativo Aziendale ECM: "Lesioni Melanocitarie di difficile interpretazione", rivolto al personale dell'Azienda per un totale 42 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 come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio è stata svolta da Tutor d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva di € 1.283,28 (milleduecentoottantatre euro 28 centesimi) 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 € 1.283,28.

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

*Alla cortese attenzione  
del Direttore Generale  
ARNAS BROTZU*

**RICHIESTA:**

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

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**  
"LESIONI MELANOCITARIE DI DIFFICILE INTERPRETAZIONE"

**STRUTTURA PROPONENTE**  
Servizio di ANATOMIA PATOLOGICA  
SERVIZIO DI DERMATOLOGIA

**DESTINATARI** (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16)  
Medici, biologi, infermieri, tecnici di laboratorio

**OBIETTIVI**

ANALIZZARE I CRITERI DIAGNOSTICI CLINICI E ANATOMOPATOLOGICI DELLE LESIONI MELANOCITARIE BORDERLINE

**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

IL CORSO SI PROPONE DI AFFRONTARE IL DIFFICILE CAPITOLO DELLE LESIONI MELANOCITARIE DAL PUNTO DI VISTA SIA CLINICO CHE ANATOMOPATOLOGICO. SI PROPONE INOLTRE DI VALUTARE LE RICADUTE DIAGNOSTICHE DEL NUOVO SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DEL WHO 2018

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

ACQUISIZIONE DI CRITERI DIAGNOSTICI A SUPPORTO DELL'ATTIVITA' QUOTIDIANA

**B) Acquisizione competenze di processo:**

STANDARDIZZAZIONE DEL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA DEL MELANOMA

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI E DELLA QUALITÀ DIAGNOSTICA

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

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 2 a 9

**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 si, indicare l'ubicazione

Struttura \_\_\_\_\_ P.O. "Businco"

**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

**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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	42	20/05/2022	20/05/2022

**PROFESSIONI**

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

- Farmacista** n. \_\_\_\_\_
- Ospedaliera** n. \_\_\_\_\_
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_\_\_
  
- Medico chirurgo** n. 29
- Angiologia** n. \_\_\_\_\_
- Cardiologia** n. \_\_\_\_\_
- Dermatologia e Venereologia** n. 5
- 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. \_\_\_\_\_
- Medicina dello Sport** n. \_\_\_\_\_
- Nefrologia** n. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	n. <u>  4  </u>
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	n. <u>  2  </u>
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. <u>  3  </u>
<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. <u>  1  </u>
<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. <u>  9  </u>
<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. <u>  2  </u>
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	n. _____

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

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 5 a 9

- Microbiologia e Virologia* n. \_\_\_\_\_
- Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_\_
- Neuroradiologia* n. \_\_\_\_\_
- Radiodiagnostica* n.   1
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. \_\_\_\_\_
- Pediatria (Pediatri di libera scelta )* n. \_\_\_\_\_

- Direzione medica di presidio ospedaliero* n.   2
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. \_\_\_\_\_
- Audiologia e Foniatria* n. \_\_\_\_\_
- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Privo di Specializzazione* n. \_\_\_\_\_

**X Laureati non medici (specificare)**

\_\_\_\_\_ *Biologi* \_\_\_\_\_ n.   4  

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

X *Infermiere* n.   4  

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

x  *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n.   5  

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**

**(indicare esterni)**

**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   ore e   15   minuti*



**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
**(Barrare le caselle d'interesse)**

- Fotocopie di testi  
 Slides

**VALUTAZIONE**

**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

**Prova Pratica**

- Role playing con griglia

**Prova manuale: Prova di apprendimento con visione di vetrini di lesioni melanocitarie di difficile interpretazione**

**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.*

Docenza	€ 700,00
Tutor didattico	€
Tutor d'aula	€ 103,28
Pernottamento	€ 220,00
Pasti	€ 60,00
Spese di viaggio	€ 400,00
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
<b>Totale</b>	<b>€ 1283,28</b>



**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 del Responsabile Scientifico:**

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

Nome Cristina Cognome Mocci  
Qualifica Dirigente Medico  
Struttura S.C. Anatomia Patologica P.O. "Businco" ARNAS "G. Brotzu"  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email cristina.mocci@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome Cristina Cognome Mocci  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email cristina.mocci@aob.it  
Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Antonio Cognome Perasole  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Curriculum \_\_\_\_\_

Tutor aula	<u>Maria Grazia Cau</u>		
Nome			
Telefono			
Fax			
Curriculum	<u>In allegato</u>		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Maggior conoscenza delle lesioni melanocitarie sotto i profili clinico e anatomico-patologico, unitamente alla valutazione delle ricadute diagnostiche del nuovo sistema classificativo WHO 2018

**B) Motivazione della scelta economica:**

Il rimborso delle spese di trasferta e di docenza per i docenti esterni è conforme a quanto stabilito dalla Delibera G.R. 32/79 del 24/7/2021. Il compenso per il tutor d'aula è conforme a quanto stabilito nel CCNL; il compenso per il docente esterno ammonta ad una cifra di € 100,00/ora

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

Data la specificità delle tematiche in oggetto, è opportuna la partecipazione di docenti esterni con esperienza di riferimento a carattere nazionale

**RICADUTA FORMATIVA**

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo

**A) Docenti Interni:**

in orario di servizio      x A TITOLO GRATUITO  
fuori orario di servizio    □

**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:** CAGLIARI                      **Data (gg/mm/aaaa):** 03/03/2022

**Nome e cognome (in stampatello)**

AGNESE FODDIS

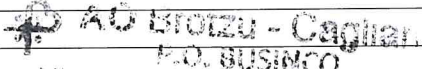
**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**


**Timbro e Firma (leggibile)**

**Responsabile Scientifico**

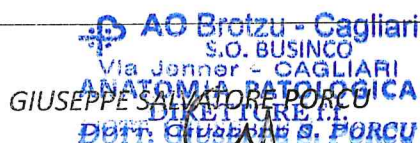
  
P.O. BUSINCO  
V. CRISTINA MOCCIA  
CAGLIARI  
ISTOLOGIA PATOLOGICA E CITOLOGIA

**Nome e cognome (in stampatello)**

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

  
P.le A. Ricchi, 1 - CAGLIARI  
S.C. ANATOMIA PATOLOGICA  
DIRETTORE I.C.  
DOTT. GIUSEPPE S. PORCU

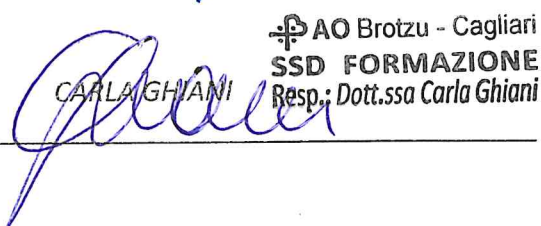
Dipartimentale)  
**Timbro e Firma (leggibile)**  
Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice

  
DOTT. GIUSEPPE S. PORCU

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

  
DIPARTIMENTO SERVIZI  
Dott. Giancarlo Angioni

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

  
CARLA GHIANI  
Resp: Dott.ssa Carla Ghiani

**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 originale

**Cronoprogramma**

Titolo " LESIONI MELANOCITARIE DI DIFFICILE INTERPRETAZIONE"

Data: 20/05/22

Aula CONFERENZE OSPEDALE BUSINCO

**Programma didattico dettagliato**

Data	Inizio	Fine	ARGOMENTI	METODOLOGIA	DOCENTE	SOSTITUTO
<b>20/05/22</b>	8,30	9,00	PRESENTAZIONE CORSO		MOCCI	PERASOLE
Dettaglio 1	9,00	11,00	NUOVA CLASSIFICAZIONE WHO 2018	LM	PERASOLE	MOCCI
Dettaglio 2	11,00	13,15	PRESENTAZIONE CASI CLINICI	CD	PERASOLE MOCCI	MOCCI
	13,15	14,00	PAUSA PRANZO			
Dettaglio 3	14,00	17,00	DISCUSSIONE INTERATTIVA	LG	PERASOLE	MOCCI
Dettaglio 4	17,00	17,45	CONCLUSIONE LAVORI E QUESTIONARIO DI GRADIMENTO	CD	MOCCI	PERASOLE