

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D. Formazione

N. 476

del 26.03.2024

Oggetto: Aggiornamento Obbligatorio Infermiera Anna Maria Cuboni

PDTD/2024/418

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 26.03.2024 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.C. Affari Generali - Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'ARNAS G. Brotzu  
SI  NO

Il Responsabile della S.S.D. 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 2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;
- Visto** il D. Lgs. 31/03/2023 n. 36;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07/08/2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della S.S.D. Formazione alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Vista** la Deliberazione n. 72 del 20/01/2023, con la quale è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'ARNAS G. Brotzu;
- Dato Atto** che, al fine di garantire la regolare attività formativa, si rende necessario procedere all'autorizzazione degli aggiornamenti fuori sede come da precedente Organigramma;
- Vista** la comunicazione NP/2024/1380 del 05/03/2024, con la quale il Direttore della S.C. Medicina Nucleare ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Anna Maria Cuboni;
- Visto** il parere favorevole del Direttore di Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Anna Maria Cuboni a un training in "Terapia con radioligandi nei tumori neuroendocrini" presso la S.C. di Medicina Nucleare del AOU di Ferrara dal 11/03/2024 al 14/03/2024, per una spesa complessiva presunta di €1050,00 (millecinquanta/00 euro) come da documentazione agli atti di questa S.S.D;

segue Determinazione n. 476 del 26.03.2024

**Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Comparto per l'Aggiornamento Obbligatorio - Dipartimento Servizi – Fondo di Struttura 2024, del quale risulta verificata la copertura finanziaria, e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;

#### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Anna Maria Cuboni a un training in "Terapia con radioligandi nei tumori neuroendocrini" presso la S.C. di Medicina Nucleare del AOU di Ferrara dal 11/03/2024 al 14/03/2024;
2. Autorizzare la Dott.ssa Anna Maria Cuboni, per motivi organizzativi, alla partenza il giorno precedente rispetto alla data di inizio dell'evento formativo sopra riportato;
3. Dare atto che la spesa complessiva presunta di € 1050,00 (millecinquanta/00 euro) ricadrà sul Fondo Comparto per l'Aggiornamento Obbligatorio – Dipartimento Servizi – Fondo di Struttura 2024, del quale risulta verificata la copertura finanziaria;
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;
5. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali.

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

Estensore



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MOD. 01/01/2017

Revisione 12/04/2022

Fuori sede

Pagina 1 di 4

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo 8/RP/2024

**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Dott.ssa/Dott.  Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome

Anna Maria Cuboni

Struttura di appartenenza

Medicina Nucleare

Dipartimento

Diagnostica Avanzata e Servizi

Telefono /cellulare

e-mail

Qualifica

Coordinatrice infermieristica

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 14/02/2024

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

**2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto**

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere: \_\_\_\_\_

Firma e Timbro (leggibile)

Del Coordinatore per il comparto sanità \_\_\_\_\_

Fondo:

fondo di struttura

fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)

fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico) \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

**ARNAS G. BROTZU**  
S.

Emissione 28/01/2018  
Revisione 12/04/2022

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6  
Pagina 2 di 4

**3. Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** Terapia con radioligandi nei tumori neuroendocrini

**Sede:** S.C. Medicina Nucleare - AOU Ferrara

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| <b>Data:</b>   | da (gg/mm/aaaa) <u>11/03/2024</u>              | a (gg/mm/aaaa) <u>14/03/2024</u>   | <b>Durata dell'attività formativa in ore: N.</b> _____ |
| <b>Tipologia evento</b>  |  |                                    |  |
| Corso  | <input type="checkbox"/> corso teorico/pratico | <input type="checkbox"/> Congresso | <input type="checkbox"/> Convegno                      |
|  |  |                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Seminario          |
| <input checked="" type="checkbox"/> frequenza in altra struttura |  |                                    |  |
| <b>Organizzatore:</b> _____                                      |  |                                    |  |

**Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider** \_\_\_\_\_

**Attività ECM?**  Si |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** \_\_\_\_\_

**Allega\* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Si |  No

*\*Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

**4. Preventivo di spesa**

**Ipotesi di spesa totale:**

|   |           |
|---|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Non prevista</b></li> </ul> </li> </ul> | €         |
| • <b>Vitto:</b>   | € 250,00  |
| • <b>Pernottamento:</b>   | € 500,00  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Viaggio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> <b>*Partenza giorno prima</b></li> <li>• <input type="checkbox"/> <b>*Rientro giorno dopo</b></li> </ul> </li> </ul>  | € 300,00  |
| • <b>Altre spese:</b>   | €         |
| <b>Totale spesa presunta</b>  | € 1050,00 |

*\*il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.*



Emissione 28/01/2018  
Revisione 12/04/2022

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6  
Pagina 3 di 4

**ATTENZIONE:** non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale

**5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale**

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

**Firma e Timbro** (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

**Luogo:** \_\_\_\_\_

**Data (gg/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_

**6. Parere del Responsabile SSD Formazione**

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

**Data,** 08/03/24

**Firma e Timbro** (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione \_\_\_\_\_

SSD FORMAZIONE  
Dott.ssa Carla Ghiani  
Cagliari

**7. Esenzione IVA**

*(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)*

**Alla Segreteria Organizzativa**

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente \_\_\_\_\_

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu

\_\_\_\_\_ è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso  corso teorico/pratico  Congresso  Convegno  Seminario  frequenza in altra struttura

**Titolo:** \_\_\_\_\_

**Sede:** \_\_\_\_\_

**Data:** da (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ a (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, \_\_\_\_\_

**Firma e Timbro (leggibile)**

Il Direttore SSD Formazione \_\_\_\_\_

*Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani*  
**SSD FORMAZIONE**  
ARNAS G. Brotzu - Cagliari



Relazione aggiornamento obbligatorio  
Dott. Pietro Sulas – Sig.ra Anna Maria Cuboni

Dal 2022 presso la scrivente SC viene erogata la RLT (Radio Ligand Therapy), terapia medico nucleare per i Tumori Neuroendocrini (NET) del Tratto Gastro-Entero-Pancreatico (GEP-NET).

Di recente l'indicazione a questa terapia è stata estesa anche ad altre patologie tumorali; il centro di Medicina Nucleare dell'Ospedale di Ferrara ha una notevole esperienza per quanto riguarda l'utilizzo della RLT in patologie tumorali diverse dai GEP-NET (mammella, polmone, linfoma, etc.)

Per tale ragione si ritiene opportuno inviare a Ferrara un dirigente medico ed un'unità infermieristica allo scopo di acquisire competenze nella gestione e nel trattamento dei pazienti da sottoporre a RLT nell'ambito delle patologie tumorali di cui sopra.

