

E.I.



**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 000644

del 11 MAG. 2015

OGGETTO: Autorizzazione all'adesione ai Programmi dei Controlli Esterna della Qualità (CEQ) dell' attività dell'U.O. s.d. Laboratorio di genetica Molecolare dell'età evolutiva

<p>S.O.C. PROPONENTE S.O.C. PROVVEDITORATO</p>
<p>QUADRO ECONOMICO PATRIMONIALE B U D G E T Bilancio 2015</p>
N° Centro di costo _____
N° Conto Economico <u>5.04.01.07.0102</u>
Ordine n° _____ del _____
Budget assegnato (Euro) <u>7.208.858,66</u>
Budget già utilizzato (Euro) <u>3.223.392,13</u>
Budget presente atto (Euro) <u>V. ALLEGATO</u>
Disponibilità residua di budget (Euro) <u>3.985.466,53</u>
<input type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa
Proposta n. <u>130</u> del <u>07/05/2015</u>
<p>Il Responsabile del Procedimento Dott.ssa Colomba Carlino <u>Carlino</u></p>
<p>RESPONSABILE DELLA S.O.C. Dott.ssa Nora Virga <u>N. Virga</u></p>

<p>S.O.C. ECONOMICO – FINANZIARIO E PATRIMONIALE</p>
<p>ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2015</p>
Prot. n. _____ del _____
N° Conto economico _____
N° Conto Patrimoniale _____
Importo (Euro) _____
Prima nota contabile _____
<p>Il Funzionario</p>
<p>Il Direttore del S.O.C.</p>
Mandato n. del
<p>Il Funzionario</p>
<p>Il Direttore del S.O.C.</p>

L'anno duemilaquindici giorno undici del mese di Maggio, nei locali della Sede Legale di Piazza Nicola Leotta, 4 Palermo, il Direttore Generale Dr. Giovanni Migliore, nominato con Delibera della Giunta di Governo della Regione Siciliana n.129 dell'11/06/2014, assistito da Dsve Rada Uilce, quale segretario verbalizzante adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata

07 MAG. 2015

Il Direttore/Responsabile della S.O.C. Provveditorato Dr. ssa Nora Virga

Vista la nota Prot. 15 LGM del 05.05.2015 – allegato “A” – con cui il Dirigente Responsabile dell’U.O. s.d. Laboratorio di genetica Molecolare dell’età evolutiva comunica che:

- dal 2001 partecipa al Progetto Nazionale per la Standardizzazione e l’assicurazione di qualità dei test genetici, e precisamente: Genetica Molecolare per fibrosi cistica e Beta talassemia, organizzato dall’ISS;
- infine chiede di poter partecipare al suddetto controllo esterno di qualità, il cui costo necessita di un bonifico di € 442,00 comprensivo di € 2,00 di imposta di bollo, dal momento che intende continuare a partecipare ai Controlli esterni di qualità (CEQ) relativamente ai programmi fibrosi cistica e Beta Talassemia, il cui costo unitario è di € 220,00;
- che le tariffe sono stabilite dall’Istituto superiore di Sanità;

Atteso che la partecipazione ai controlli di qualità trova conferma legislativa, a livello nazionale, nel D.L.517/1993 recante le modifiche al D.L.502/92 e precisamente all’art.9 comma 4g che prevede, per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, l’obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate ed a livello regionale, nel decreto dell’assessorato regionale della sanità n. 890 del 17.06.2002, recante direttive per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione siciliana; In particolare nella relazione di accompagnamento al suddetto decreto, è previsto che: *“Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione, verifica e miglioramento della qualità; e successivamente aggiunge che “i laboratori di analisi, i servizi di anatomia –istologia-citologia patologica, i centri trasfusionali e i servizi di diagnostica strumentale devono prevedere attività di controllo della qualità interno ed esterno e partecipare a programmi di miglioramento della qualità;*

Atteso che il Referente aziendale per le Verifiche esterne della qualità ha apposto alla richiesta un visto autorizzativo all’adesione, in considerazione della rilevanza strategica dell’attività;

Dato atto altresì, che il controllo di qualità delle prestazioni offerte ai laboratori di analisi, si articola nella spedizione periodica di materiale informativo e tecnico scientifico, nonché di campioni per esami, in abbonamento;

Ritenuto di non poter prescindere dalla partecipazione in quanto l’eventuale mancanza potrebbe essere pregiudiziale alla verifica del perseguimento e del miglioramento dei livelli di qualità delle prestazioni erogate dal dell’U.O. s.d. Laboratorio di genetica Molecolare dell’età evolutiva;

Dato atto che l’affidamento del servizio de quo non può, però, comunque avere durata inferiore ad un anno trattandosi di abbonamento annuale, svolgendosi con cadenza periodica nell’arco dell’anno stesso;

Quantificata in € 442,00 la spesa annuale derivante dal presente atto;

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa di:

Autorizzare il Laboratorio di Genetica a partecipare al programma di verifica esterna della qualità gestito dall’ISS;

Prendere atto che il costo di cui al presente provvedimento, pari a €442,00 quale quota di partecipazione ai programma specificato in premessa e precisamente: Genetica Molecolare per fibrosi cistica e Beta talassemia, organizzato dall’ISS;

Inviare via Fax (06.49902292), il modulo di iscrizione e la copia del bonifico effettuato all’Istituto Superiore di Sanità – Viale Regina Elena n.299 – 00161 Roma – Centro Nazionale Malattie Rare, - Codice Fiscale 80211730587 – Partita Iva 03657731000 esclusivamente entro il 10.05.2015, come comunicato dallo stesso ISS, pena l’esclusione dalla partecipazione dal controllo esterno di qualità ISS

Incaricare l'ARE di emettere il relativo bonifico di pagamento da effettuare a favore del tesoriere Banca delle Marche codice IBAN IT13 C060 5503 2270 0000 0000 001, al fine di procedere al pagamento, come indicato nell'allegato "A" ;

Prendere atto che il costo relativo graverà sul conto 5.01.01.07.0102 del Bilancio economico dell'anno in corso e rilevato dall'Area Risorse Economiche ;

Curerà l'esecuzione del presente provvedimento l'Area Provveditorato, mentre verrà inviato per conoscenza al Servizio di FARMACIA:

Dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo.

Dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo dal momento che per poter partecipare al programma le schede di adesione, **pena esclusione** devono essere inviate entro il 10.05.15

IL DIRETTORE S.O.C. PROVVEDITORATO
(Dott.ssa Nora Virga)

Sul presente atto viene espresso

parere favorevole dal

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Vincenzo Barone

parere favorevole dal

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr.ssa Rosalia Murè

IL DIRETTORE GENERALE

- vista la proposta di deliberazione che precede e che qui si intende riportata e trascritta;
- preso atto dei i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- ritenuto di condividerne il contenuto;
- assistito dal segretario verbalizzante,

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Giovanni Migliore

Il Segretario verbalizzante

Paola Vitali

PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione, per gli effetti dell'art. 53 comma 2 L.R. n°30 del 03/11/1993, in copia conforme all'originale è stata pubblicata in formato digitale all'Albo Informatico dell'A.R.N.A.S. a decorrere dal giorno 17 MAG. 2015 e che, nei 15 giorni consecutivi successivi:

- Non sono pervenute opposizioni
- Sono pervenute opposizioni da _____

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

-
-
- Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art. 28 comma, 5 della L.R. n. 2 del 26 marzo 2002 e divenuta

ESECUTIVA

- Per decorrenza del termine di cui alla L.R. n. 30/93 art. 53 comma 6.
- Delibera non soggetta al controllo e, ai sensi della L.R. 30/93 art. 53 comma 77,

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Estremi riscontro tutorio

Delibera soggetta a controllo

Inviata all'Assessorato Sanità il _____ Prot. n. _____

Si attesta che l'Assessorato Reg. Sanità, esaminata la presente deliberazione

ha pronunciato l'approvazione con atto n. _____ del _____ come da allegato

ha pronunciato l'annullamento con atto n. _____ del _____ come da allegato

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

Notificata in Archivio il _____ Prot. n. _____

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

Altre annotazioni
