

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 4  
N. 181/AV4 DEL 08/04/2015**

**Oggetto: : ADESIONE DEL CENTRO VALUTAZIONE TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (T.A.O.) DELL'AREA VASTA N.4 ALLA FEDERAZIONE DEI CENTRI DI SORVEGLIANZA ANTICOAGULANTI. ANNO 2015**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 4**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**VISTA** l'attestazione del Dirigente / Responsabile della Ragioneria / Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione

**- D E T E R M I N A -**

1. Di confermare l'adesione alla Federazione dei Centri di Sorveglianza Anticoagulanti del Centro Valutazione Terapia Anticoagulante Orale (T.A.O.) del Presidio Ospedaliero di questa Area Vasta n. 4 per l'anno in corso.
2. Di autorizzare il versamento della relativa quota di partecipazione prevista in Euro 200,00 annue, per l'anno 2015.
3. Di dare mandato al Servizio Bilancio di provvedere al versamento a favore della Federazione Centri di Sorveglianza Anticoagulanti, mediante bonifico bancario indirizzato a "F.C.S.A." Banca CARISBO filiale 83 sede di Parma, IBAN: IT23 O 063 8512 7000 7400 0014 17W della somma complessiva di Euro 200,00 a carico del Bilancio Economico 2015 contabilità generale n. di conto 0508010401 .
4. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i..
5. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.
6. Di trasmettere copia della presente determina al Servizio Bilancio, al Responsabile della U.O.S. Centro valutazione Terapia anticoagulante Orale (T.A.O.) per il seguito di competenza.

*Il Direttore di Area Vasta n.4*

---

*Impronta documento: D13369E96A9ED6AD5436CE6E4CF84F3CCDB10FB4*

*(Rif. documento cartaceo 6D35483888CF15FA58D642E154E684BACEC44E87, 3/02/11A4DAPO\_D\_L)*

*Impegno di spesa*

La presente determina consta di n.3 pagine di cui n. 0 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA**

Con Determina n. 127/AV4 del 10/03/2014 è stata confermata l'adesione alla F.C.S.A. (Federazione dei Centri di Sorveglianza Anticoagulanti) per l'anno 2014 ed autorizzato il relativo versamento annuo di una quota pari ad Euro 200,00 (euro duecento).

Con nota del 26/03/2015 (agli atti), autorizzata in calce dal Direttore Medico Ospedaliero Dr.ssa F. Anna Padovani, il Dr. Bedetta chiede, anche per l'anno 2015, di provvedere alla adesione alla Federazione dei Centri di Sorveglianza Anticoagulanti precisando che la F.C.S.A. si pone i seguenti scopi:

- Coordinare e supportare i Centri per la trombosi già esistenti armonizzandone la crescita.
- Realizzare guide e raccomandazioni in proprio o in collaborazione con altre Società Scientifiche.
- Collaborare con il Ministero della Salute sui temi specifici della trombosi.
- Contribuire all'aggiornamento continuo del personale dei centri.
- Favorire la standardizzazione della diagnostica di laboratorio.
- Realizzare specifici controlli per la qualità.
- Promuovere ed eseguire studi clinici e di laboratorio che possano coinvolgere più Centri.

Occorre pertanto regolarizzare, anche per l'anno 2015, la posizione associativa con il versamento della quota prevista per l'anno in corso.

Sulla base di quanto sopra esposto si predispone il seguente schema di determina:

1. Di confermare l'adesione alla Federazione dei Centri di Sorveglianza Anticoagulanti del Centro Valutazione Terapia Anticoagulante Orale (T.A.O.) del Presidio Ospedaliero di questa Area Vasta n. 4 per l'anno in corso.
2. Di autorizzare il versamento della relativa quota di partecipazione prevista in Euro 200,00 annue, per l'anno 2015.
3. Di dare mandato al Servizio Bilancio di provvedere al versamento a favore della Federazione Centri di Sorveglianza Anticoagulanti, mediante bonifico bancario indirizzato a "F.C.S.A." Banca CARISBO filiale 83 sede di Parma, IBAN: IT23 O 063 8512 7000 7400 0014 17W della somma complessiva di Euro 200,00 a carico del Bilancio Economico 2015 contabilità generale n. di conto 0508010401 .
4. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i..
5. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.
6. Di trasmettere copia della presente determina al Servizio Bilancio, al Responsabile della U.O.S. Centro

---

*Impronta documento: D13369E96A9ED6AD5436CE6E4CF84F3CCDB10FB4*

*(Rif. documento cartaceo 6D35483888CF15FA58D642E154E684BACEC44E87, 3/02/11A4DAPO\_D\_L)*

*Impegno di spesa*

valutazione Terapia anticoagulante Orale (T.A.O.) per il seguito di competenza.

Il Direttore della U.O.C.  
Direzione Amm.va Ospedaliera  
(Dott.ssa M.Rita Gambino)

**RAGIONERIA E BILANCIO:**

(Attestazione del Dirigente/Responsabile)

Si attesta che la spesa derivante dall'adozione del presente atto (AUT 9 SUB 1 ) rientra nella disponibilità del budget 2015 provvisoriamente assegnato.

**Il Responsabile del Controllo di Gestione**  
Dott. Luigi Stortini

**Il Direttore U.O.C. Bilancio**  
Dott. Luigi Stortini

**PROPOSTA DI SPESA – BUDGET 2015**

U.O.: D.M.O.

CONTO n. 0508010401

DESCRIZIONE CONTO: contributo ad associazione ed enti

**(AUT 9 SUB 1)**

A	BUDGET ANNO 2015	Euro: _____
B	IMPEGNATO/ORDINATO PROGRESSIVO ANNO 2013	Euro: _____
C= A-B	BUDGET RESIDUO	Euro: _____
D	SPESA OGGETTO DI DETERMINA	Euro: 200,00
E=C-D	BUDGET RESIDUO	Euro: _____

Spesa complessiva di Euro: 200,00 per il periodo dal 01/01/2015 al 31/12/2015

---

Impronta documento: D13369E96A9ED6AD5436CE6E4CF84F3CCDB10FB4

(Rif. documento cartaceo 6D35483888CF15FA58D642E154E684BACEC44E87, 3/02/11A4DAPO\_D\_L)

Impegno di spesa

30/03/2015

Il Direttore Medico Ospedaliero

**- ALLEGATI -**

Nessun allegato.

---

*Impronta documento: D13369E96A9ED6AD5436CE6E4CF84F3CCDB10FB4*

*(Rif. documento cartaceo 6D35483888CF15FA58D642E154E684BACEC44E87, 3/02/11A4DAPO\_D\_L)*

*Impegno di spesa*