

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

Determinazione n. 317 del 25/08/2020 AGRM N. 270/2020

OGGETTO: Affidamento del servizio di revisione alla release 05 della traduzione del modulo M DS 001 "Consenso informato", mediante affidamento diretto ai sensi dell'art.36 co.2 lettera a) del D.Lgs.50/2016 e smi.

CIG: Z932490024

**ADOTTATA DAL DIRIGENTE RESPONSABILE
DELL'AREA GESTIONE RISORSE MATERIALI
AI SENSI DEL DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE
ASST DELLA VALCAMONICA
N.438 DEL 30.4.2019**

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

PREMESSO che:

- con decreto n.881/2018 si è affidato alla Eurostreet Società Cooperativa di Biella il servizio di mediazione linguistico culturale per l'ASST della Valcamonica, per il periodo 1.9.2018-31.8.2020;

- con decreto n.459/2020 si è proceduto con proroga tecnica di tale servizio fino al 28.2.2021, in attesa di attivazione di nuova gara da parte di ARIA Lombardia SpA;

- il servizio prevede la possibilità di usufruire del servizio di traduzione testi, anche se non computati all'interno dell'impegno di spesa del decreto, in quanto dipendenti da necessità specifiche e quantificabili economicamente solamente attraverso il calcolo del numero di "cartelle" che necessitano di essere tradotte;

- con determinazione AGRM n.82/2019 si è proceduto alla traduzione in n.6 lingue (inglese, francese, cinese, albanese, arabo e rumeno) del modulo M DS 001 "Consenso Informato";

VISTE:

- la mail ricevuta in data 21.8.2020 da parte della Dr.ssa Bruna Bertoli dell'Ufficio Qualità, agli atti, tramite la quale viene richiesta la necessità della revisione alla release 05 della traduzione del modulo, effettuata con determina sopra citata;

- l'offerta allegata, registrata in data 21.8.2020 al prot. ASST n.18079/20, da parte della Eurostreet Società Cooperativa, per tale servizio;

RITENUTO pertanto di procedere all'affidamento diretto alla ditta sopra citata, attuale fornitrice del servizio di mediazione linguistico culturale per l'ASST della Valcamonica, ai sensi dell'art.36, co.2 lett.a) del D.Lgs.50/2016 ed ai sensi dell'art.7.1 "Procedure di importo fino ad € 5.000,00 (Iva esclusa)" del Regolamento Aziendale relativo all'acquisto di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria di cui al decreto n.347/2020;

ACQUISITO il parere favorevole del Responsabile del procedimento che attesta la completezza dell'istruttoria;

ACQUISITA altresì l'attestazione del Direttore dell'Area Gestione Risorse Finanziarie in ordine alla regolarità contabile della spesa complessiva riferita al Bilancio economico di previsione dell'esercizio 2020;

D E T E R M I N A

per le ragioni espresse in premessa:

1 - di affidare il servizio di revisione alla release 05 della traduzione del Modulo M DS 001 "Consenso Informato" alla Eurostreet Società Cooperativa di Biella, alle condizioni descritte nell'offerta che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - che il costo derivante dal presente atto è pari a € 87,84 (di cui € 15,84 per IVA al 22%);

3 - di nominare ai sensi dell'art.31 del D.Lgs.50/2016 quale Responsabile Unico del Procedimento (RUP) l'Ing. Francesco Mazzoli direttore dell'AGRM e ai sensi dell'art.101 del D.Lgs.50/2016 quale Direttore di Esecuzione del Contratto (DEC) la Dr.ssa Bruna Bertoli Responsabile dell'Ufficio Qualità;



4 - di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art.3-ter del D.Lgs n.502/1992 e smi e dell'art.12, co.14, della LR n.33/2009;

5 - di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art.17, co.6, della LR n.33/2009, e dell'art. 32 della L. n.69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e europei in materia di protezione dei dati personali.

IL DIRETTORE AREA
GESTIONE RISORSE MATERIALI
(Ing. Francesco Mazzoli)

Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente dal Dirigente/Direttore/Responsabile Area/Servizio ai sensi del “Codice dell’amministrazione digitale” (D. Lgs. n.82/2005 e s.m.i.)

OGGETTO: AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI REVISIONE ALLA RELEASE 05 DELLA TRADUZIONE DEL MODULO M DS 001 "CONSENSO INFORMATO", MEDIANTE AFFIDAMENTO DIRETTO AI SENSI DELL'ART.36 CO.2 LETTERA A) DEL D.LGS.50/2016 E SMI.

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento attesta la completezza dell'istruttoria relativa alla proposta di determinazione sopra citata.

Data, 24/08/2020

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
LASCIOLI PAOLA**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ATTESTAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE

Il Direttore dell'Area Gestione Risorse Finanziarie attesta la regolarità contabile della spesa complessiva pari ad € 87,84 riferita al Bilancio economico di previsione dell'esercizio 2020, il conto di riferimento è:

TABELLA COSTI (anno corrente)

Competenza	Conto economico	Centro di costo	Bilancio Sanitario	Bilancio Territoriale	Totale	Annotazioni
2020	4508000150 Servizio di mediazione linguistico culturale	3130001 Costi Comuni Aziendali	€ 87,84	€ 0,00	€ 87,84	Il conto presenta la necessaria disponibilità mediante riduzione del medesimo importo dall'impegno di spesa assunto con decreto n.459/2020
TOTALE			€ 87,84	€ 0.00	€ 87,84	

Competenza: periodo di riferimento

Conto economico: codice del conto economico seguito dalla descrizione (es. 4001000409 Dispositivi medici: mat.protesici (endoprotesi non attive) CND P)

Centro di costo: il campo può essere compilato nei modi seguenti:

1) "centro di costo" (es. 5040100 seguito dalla descrizione);

2) "Identificato in fase di scarico ai singoli cdc" la dicitura è utilizzata unicamente per il materiale sanitario la cui destinazione non è identificabile al momento di redazione del presente atto e per il personale dipendente.

Annotazioni: sono da riportare le seguenti diciture a seconda dei casi rilevati:

1) Il conto presenta la necessaria disponibilità mediante riduzione del budget assunto con decreto n.

2) Il conto presenta la necessaria disponibilità previo storno dal conto economico codice _____ mediante riduzione del budget assunto con decreto n.

3) Il conto presenta la necessaria disponibilità previo storno dal conto economico codice _____

Breno, 25/08/2020

IL DIRETTORE DELL'AGRF
Dott.ssa Cristina Lazzati

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

Oggetto: INVIO PREVENTIVO RICHIESTO

Mittente: <info@eurostreet.it>

Data: 21/08/2020 11:38

A: <economato@asst-valcamonica.it>

Gentile dott.ssa Lascioli,

come da Lei richiesto tramite email del **21.08.2019**, Le comunichiamo che :

il costo complessivo per il lavoro di revisione alla release rev.05 del documento "**Mds001_consenso informato_05**"

dall'ITALIANO alle 6 lingue **INGLESE / FRANCESE / CINESE / ALBANESE / ARABO / RUMENO** è "A CORPO"

di **Euro 72,00 + IVA al 22%**

Consegna: 2 ÷ 5 giorni lavorativi dalla data di conferma dell'ordine.

Restiamo in attesa di una Sua gradita **conferma d'ordine** per procedere con la traduzione.

Cordiali saluti

CRISTINA

EUROSTREET - società cooperativa

SERVIZIO TRADUZIONI – INTERPRETARIATO HELPVOICE® HELPFACE®

Via Losana, 13

13900 – BIELLA (BI) – ITALY

tel. 0039 015 351269

fax 0039 015 352844

email info@eurostreet.it

website www.eurostreet.it

office: from 08.30 to 19.00



Il sottoscritto, valutata la capacità di intendere e di volere del paziente, dichiara di aver fornito informazioni complete e comprensibili:

- al paziente stesso _____
(specificare cognome e nome in assenza di etichetta identificativa)
- ai genitori Sig./Sig.ra _____
- tramite il mediatore/interprete Sig./Sig.ra _____
- al rappresentante legale nel caso di incapace Sig./Sig.ra _____

riguardo la necessità/opportunità di sottoporsi a *(indicare l'atto sanitario con eventuale specifica del sito e del lato)*:

In base alla documentazione scientifica disponibile, il paziente è stato informato circa:

- motivazioni che rendono necessario/opportuno l'accertamento/atto medico/chirurgico
- scopo dell'accertamento/atto medico/chirurgico
- modalità di esecuzione dell'accertamento/atto medico/chirurgico e delle eventuali diverse modalità/tecniche possibili con relativi vantaggi e rischi
- possibilità e probabilità circa i risultati conseguibili
- condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

- prevedibili conseguenze, temporanee o permanenti, eventuali ripercussioni nell'ambito della vita familiare, sociale e occupazionale
- possibili complicanze ovvero rischi, probabilità del loro verificarsi e modalità di risoluzione
- possibili conseguenze che possono derivare dalla mancata esecuzione dell'atto proposto, precisando che, comunque, sarà assicurata la continuità dell'assistenza e delle cure di tipo complementare o palliativo
- possibilità di alternative diagnostiche/terapeutiche
- possibili patologie diagnosticabili con ragionevole probabilità nel corso dell'atto medico esplicitato, al fine di acquisire consenso per il trattamento delle stesse.

In relazione alla organizzazione dell'Unità Operativa, l'intervento/procedura potrà essere eseguita anche da medico diverso dal proponente, con le medesime qualifiche.

Si dà atto che è stato consegnato materiale informativo specifico per l'accertamento e/o per l'atto medico/chirurgico sopraindicato.

Si dà atto altresì di aver verificato un'adeguata comprensione da parte del paziente in relazione alle informazioni somministrate.

Data e ora

Firma e timbro del Medico





Io sottoscritto **DICHIARO IN MODO CONSAPEVOLE:**

– di aver ricevuto informazioni dettagliate e di aver letto e compreso l'informativa specifica (allegata) relativa alla necessità/opportunità di sottopormi/sottoporre:

Nome e cognome _____

alla procedura diagnostica/terapeutica precedentemente indicata

– di aver compreso:

- motivazioni che rendono necessario/opportuno l'accertamento/atto medico/chirurgico
- scopo dell'accertamento/atto medico/chirurgico
- modalità di esecuzione dell'accertamento/atto medico/chirurgico e delle eventuali diverse modalità/tecniche possibili con relativi vantaggi e rischi
- possibilità e probabilità circa i risultati conseguibili
- condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio
- prevedibili conseguenze, temporanee o permanenti e delle eventuali ripercussioni nell'ambito della vita familiare, sociale e occupazionale
- possibili complicanze ovvero rischi, della probabilità del loro verificarsi e modalità di risoluzione
- possibili conseguenze che possono derivare dalla mancata esecuzione, conscio che, comunque, sarà assicurata la continuità delle cure di tipo complementare o palliativo
- possibilità di alternative diagnostiche/terapeutiche
- possibili patologie diagnosticabili con ragionevole probabilità nel corso dell'atto medico esplicitato, al fine di acquisire consenso per il trattamento delle stesse
- la possibilità che l'operatore sia diverso dal medico proponente
- di essere soddisfatto delle informazioni ricevute
- di essere a conoscenza di poter revocare totalmente o parzialmente il consenso in ogni momento prima dell'atto sanitario stabilito.

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale

ACCONSENTO**NON ACCONSENTO**

all'esecuzione della procedura/intervento in questione

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Dichiaro di aver sottoscritto o di non aver sottoscritto e rilasciato delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

In caso di mia futura incapacità indico, a manifestare la mia volontà, quale mio fiduciario

il/la Sig./Sig.ra _____

Per ogni questione si rimanda alle disposizioni normative introdotte dalla Legge del 22.12.2017 n. 219 (S DS 035 Informazioni circa le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) pubblicate nell'internet aziendale (www.asst-valcamonica.it)).

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità di lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)

Preso atto di quanto in precedenza sottoscritto, consapevole dei miei diritti e perfettamente informato sulle possibili conseguenze della mia scelta, **revoco il consenso informato** per l'atto medico sopra indicato.

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità di lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)

ALLEGATI: copia documenti di identità (ove necessari) e informativa.

