

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE ACCREDITAMENTO E QUALITÀ 23 giugno 2026, n. 58

Revoca dell'accreditamento istituzionale del laboratorio di analisi di base (branca di "Patologia Clinica") sito in Ceglie Messapica (BR) al corso Verdi n. 51 di cui è titolare la "Laboratorio Analisi Chimiche Marcone s.r.l."

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

Vista la Legge regionale 4 febbraio 1997, n. 7 – Norme di Organizzazione dell'Amministrazione Regionale;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 3261 del 28/7/98 e s.m.i.;

Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01 e s.m.i.;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1426 del 4/10/2005;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 febbraio 2008 n. 161;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1444 del 30 luglio 2008;

Vista la Determinazione del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione n. 9 del 20/04/2015, ad oggetto *"riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità"*;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 Gennaio 2021, n. 22 *"Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo MAIA 2.0"* pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 15 del 28/01/2021, successivamente modificato ed integrato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 10 Febbraio 2021, n. 45;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata *"Agenda di Genere"*;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 322 del 07/03/2022 di conferimento dell'incarico di Direzione della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;

Viste le LL.RR. del 29/12/2023 nn. 37 e 38 e la Deliberazione di Giunta Regionale n. 18 del 22/01/2024;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale del 22 aprile 2024, n. 526 recante *"Approvazione del 'Programma triennale di rotazione ordinaria del personale della Regione Puglia 2023-2025"*;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1154 del 04 agosto 2025 *"Modifiche alla deliberazione di Giunta regionale 7 dicembre 2020, n. 1974 e s.m.i. "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello organizzativo MAIA 2.0". – Ridefinizione assetto Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale - Aggiornamento Allegato A-bis"*;

Visto il D.P.G.R. n. 442 del 06 agosto 2025 con cui sono state apportate ulteriori integrazioni e modifiche all'Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo *"MAIA 2.0"*;

Vista la D.G.R. n. 1368 del 22 settembre 2025 avente ad oggetto: *"D.G.R. n. 1289/2021, recante 'applicazione art. 8 comma 4 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22. Attuazione modello MAIA 2.0 - Funzioni delle Sezioni di Dipartimento.' Rimodulazione delle funzioni delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, in ossequio alle previsioni della D.G.R. n. 1154/2025 e il D.P.G.R. n. 442/2025"*;

Visto il D.P.G.R. n. 516 del 24 settembre 2025 con cui si è provveduto a rimodulare le funzioni delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, in ossequio alle previsioni della D.G.R. n. 1154/2025 e del D.P.G.R. n. 442/2025;

Vista la D.G.R. n. 1657 del 29 ottobre 2025 recante *"Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 'Modello Organizzativo Maia 2.0' e ss.mm.ii.. Affidamento incarichi di direzione delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Giunta regionale oggetto di rimodulazione"*;

Vista la Determinazione del Dirigente della Sezione Accreditamento e Qualità n. 35 del 20/04/2026 di conferimento dell'incarico di Elevata Qualificazione *"Autorizzazione ed Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale"*.

In Bari presso la Sezione Accreditamento e Qualità, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile dell'Incarico E.Q. "Autorizzazione ed Accreditamento di Strutture di Specialistica Ambulatoriale" della medesima Sezione, riceve la seguente relazione.

La L.R. n. 9/2017 "Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" e s.m.i., dispone:

- all'art. 26, comma 2 che *"Ferma restando l'applicazione della l. 241/1990, l'accreditamento è revocato, con conseguente risoluzione dell'accordo contrattuale di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 stipulato con l'azienda sanitaria locale, nei seguenti casi:*

a) venir meno di una delle condizioni di cui all'articolo 20;
b) carenza di uno o più requisiti ulteriori di accreditamento stabiliti dal regolamento regionale o altra specifica normativa;
c) violazione grave dell'accordo contrattuale o contratto di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992;
d) violazione degli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente e di quelli stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, decentrata e integrativa a tutela dei lavoratori."; Ove siano accertate violazioni degli obblighi retributivi, al titolare dell'autorizzazione l'amministrazione concede un termine di sessanta giorni per rimuovere le violazioni, decorso il quale è disposta la decadenza.";

- all'art. 26, comma 3 che: *"Nei casi di cui al comma 2, lettere b), c) e d), e in ogni altro caso di violazione degli standard quantitativi e qualitativi di accreditamento rimediabili con opportuni interventi, il dirigente della sezione regionale competente, assegna un termine non superiore a novanta giorni entro il quale il soggetto accreditato rimuove le carenze o le cause della violazione, pena la revoca dell'accreditamento."*
- all'art. 26, comma 4 che: *"La revoca dell'accreditamento può essere disposta immediatamente, senza invito alla rimozione previsto al comma 3, qualora nei casi previsti dal medesimo comma la violazione o la carenza sia grave e continuativa, oppure sia stata reiterata."*

Con Pec del 23/01/2026, acquisita dalla Sezione Accreditamenti e Qualità con **prot. n. E45940 del 28/01/2026, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione – SISP dell'ASL BR** ha trasmesso la nota prot. 8816 del 23/01/2026 con la quale ha rappresentato quanto segue:

"L'anno 2026, il giorno 22 del mese di gennaio alle ore 10,30 circa, personale ispettivo appartenente al Servizio in intestazione, dando seguito alla segnalazione acquisita al prot. n. 7757 del 21/01/2026, inerente alla presenza di irregolarità nella gestione del laboratorio analisi di base ad insegna "Laboratorio Analisi Chimiche Marcone s.r.l." sito in Ceglie Messapica, al corso Verdi n. 51, ha effettuato verifica in loco. (...)

Durante il sopralluogo è stato rilevato quanto segue:

LOCALI ADIBITI AD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA E DI PRELIEVO:

I locali di Corso Verdi n. 51, pur non conformi alla vigente normativa edilizia, con particolare riferimento alle altezze minime, sono dotati di certificato di agibilità n. 671bis del 15/09/2011 ad uso "Laboratorio Analisi", rilasciato dal Comune di Ceglie Messapica.

Gli ambienti risultano in precario stato di manutenzione, con mobilio vetusto, danneggiato e realizzato in materiale non idoneo a garantire la sanificazione. Il riscaldamento dei locali è affidato a 2 stufe (una collocata nella sala d'attesa e l'altra nella sala prelievi) che, oltre a risultare potenzialmente pericolose per il tipo di attività, non garantiscono adeguato mantenimento del microclima.

Il bagno riservato all'utenza è parzialmente attrezzato per le persone disabili, ma è utilizzato anche come deposito per i ROT e altro materiale promiscuo e risulta separato dalla sala prelievi e dal corridoio per mezzo di una porta finestra chiusa, con vetri opacizzati.

LOCALI ADIBITI A LABORATORIO

Si rileva una carente manutenzione ordinaria degli ambienti e delle superfici di lavoro che risultano visibilmente sporche e non conformi alle norme igienico sanitarie.

Anche in detti ambienti, il mobilio presente risulta vetusto, danneggiato e realizzato in materiale non idoneo a garantire la sanificazione. In alcuni punti del soffitto sono presenti ammaloramenti degli intonaci. Il bagno riservato al personale si presenta in disordine con materiale promiscuo sparso sulle superfici. È stata inoltre rilevata la presenza di becher appesi ad asciugare sopra la vasca da bagno, pratica che determina un elevato rischio di contaminazione ambientale e biologica tra ambienti sporchi e materiale destinato all'uso di laboratorio.

Il laboratorio è dotato di due frigoriferi, di cui uno commerciale, in riferimento ai quali la parte non è stata in grado di fornire evidenze circa la capacità di garantire la conservazione a meno 20 gradi, come previsto dal R.R. 9/2018.

Su uno dei tavoli del laboratorio, pur non essendo in corso attività di analisi, erano posizionati campioni di urine non adeguatamente conservati.

Non risulta presente un locale spogliatoio e le attività di vestizione e svestizione avvengono sul pianerottolo della scala condominiale, che non risulta in alcun modo adeguato dal punto di vista igienico sanitario, strutturale, degli arredi e della privacy.

Nel corso del sopralluogo, avvenuto alla costante presenza del sig. Giuseppe Marcone, in qualità di legale rappresentante, non è stata possibile una verifica diretta dei requisiti organizzativi e delle procedure operative in quanto il laboratorio non era in attività.

A tal riguardo, a completamento della verifica, è stato richiesto alla parte di trasmettere entro e non oltre il 26/01/2026 la documentazione relativa al personale e alle procedure delle attività di gestione prevista dal R.R. 9/2018. Lo scrivente Servizio si riserva di integrare la presente relazione sulla base delle risultanze derivanti dall'analisi della documentazione suddetta.

Nelle more del perfezionamento dell'accertamento relativo al rispetto dei requisiti organizzativi previsti dal R.R. 09/2018, in considerazioni del potenziale rischio per la salute pubblica derivante dalle gravi criticità igienico sanitarie e strutturali riscontrate, si ritiene opportuno segnalare quanto sopra alle autorità in indirizzo per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

La presente relazione viene trasmessa inoltre al Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPeSAL) dell'ASL BR per le eventuali valutazioni in ordine al rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di sicurezza sul lavoro (D.lgs.81/2008 e ss.mm.ii.)

Di quanto segnalato si allegano rilievi fotografici.”.

Con successiva Pec del 06/02/2026, acquisita dalla Sezione Accreditamenti e Qualità con **prot. n. E65826 del 06/02/2026**, il **Dirigente dell'Area Gestione Personale dell'ASL BR** ha trasmesso la nota prot. 15593 di pari data con la quale ha rappresentato quanto segue:

“(…) Lo scrivente ufficio, dopo aver accertato che nella documentazione agli atti risultava esservi l'autocertificazione del Dr. Marcone Felice, Responsabile Sanitario della Struttura, datata 28.02.2025, il quale dichiarava di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Biologi al numero 58412 e verificato che la suddetta iscrizione non risultava, come da segnalazione, negli elenchi consultabili dal portale del relativo ordine, con PEC prot. 10186 del 27.01.2026 è stato richiesto alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi, di verificare l'eventuale iscrizione o meno del Dr. Marcone Felice e del Dr. Marcone Giuseppe.

Dato atto che in pari data la Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi ha inoltrato la suddetta richiesta all'Ordine di Puglia e Basilicata e che la scrivente ASL ha richiesto il medesimo controllo all'Ordine territoriale con PEC del 02.02.2026, si evidenzia che il predetto Ordine territoriale ha riscontrato la richiesta con nota prot. d'arrivo n. 13891 del 04.02.2026 evidenziando che entrambi i nominativi erano stati cancellati in data 30.12.2024, per morosità e che entrambi avevano provveduto al saldo richiedendo la reinscrizione.

Occorre evidenziare che nella suddetta nota l'Ordine dei Biologi, rappresentando le motivazioni della cancellazione dei Biologi in argomento, allorquando specifica il ricevimento della richiesta di reinscrizione indica che la stessa “sarà validata con la prossima seduta di consiglio direttivo”.

Quanto sin qui riportato, valida il contenuto della segnalazione pervenutaci e la circostanza che, ad oggi (e per

tutto l'anno 2025), il laboratorio ha esperito l'attività senza un Responsabile Sanitario regolarmente iscritto all'Ordine.

Si richiedono, pertanto, indicazioni in merito ad eventuali azioni da doversi intraprendere (anche in riferimento alle prestazioni effettuate e regolarmente liquidate sino alla mensilità del novembre 2025) ed al mantenimento dell'accreditamento anche in considerazione della nuova contrattualizzazione riferita all'anno 2026.

Si allega tutta la documentazione sopra richiamata.”.

Con Pec del 25/03/2026, acquisita dalla Sezione Accreditamenti e Qualità al **prot. n. E165923 del 26/03/2026, il Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute – N.A.S. di Taranto** ha trasmesso la nota prot. 15502/2-1 a firma del Comandante con la quale ha rappresentato quanto segue:

“Il 24/03/2026, personale di questo N.A.S. ha eseguito un'ispezione presso il laboratorio analisi in oggetto, accreditato e convenzionato con l'A.S.L./BR, riscontrando quanto segue:

a) l'attività è dislocata su due livelli, piano terra e piano secondo, collegati a mezzo di una scala condominiale interna, non indicata nella planimetria esibita, con accesso dalla zona retrostante la reception;
b) assenza di una zona spogliatoio per il personale attrezzata con armadietti a doppio scomparto; al riguardo la parte indicava essere utilizzata a tale scopo un ambiente del piano secondo, attrezzato con scaffalatura e piano di appoggio;

c) al prelievo dei campioni biologici è risultata essere addetta l'Infermiera ELIA Teresa dichiaratasi dipendente dell'A.S.L./BR in servizio presso il P.O. di Ostuni (BR); la stessa escussa nell'immediatezza riferiva:

- di essere stata contattata la sera del 23/3 dal Responsabile Sanitario del laboratorio, suo conoscente, che le chiedeva una collaborazione per l'esecuzione dei prelievi nella mattinata seguente;

- di aver fornito la sua disponibilità solo in quella circostanza e a titolo gratuito;

d) di aver eseguito nr. 4 prelievi ematici nella giornata del 24/03 dalla disamina dell'attestato di iscrizione all'Ordine dei Biologi della Puglia e della Basilicata datato 05/03/2026 relativo Responsabile Sanitario, Dott. MARCONE Felice esibito dallo stesso, si rilevavano le seguenti informazioni “è regolarmente iscritto presso quest'Ordine per l'anno 2026 ed ha risanato la sua posizione”: dalla successiva consultazione dell'Albo online, si riscontravano le seguenti informazioni: data prima iscrizione 12/09/2007, data iscrizione ordine 12/02/2026;
e) nel locale laboratorio non era in corso alcuna attività analitica, né era presente il dichiarato Tecnico di Laboratorio dipendente, PALASCIANO Vincenzo;

f) Il laboratorio, come riferito dalla parte e come riscontrato dalla documentazione esibita, si avvale per l'esecuzione di alcune analisi (sia in regime privatistico che in convenzione con il S.S.R.) del laboratorio esterno “LIFEBRAIN LECCE S.R.L. di Lecce”; si specifica che il laboratorio Marcone, consegna ai pazienti i referti con propria intestazione, riportando in essi l'esito analitico del referto emesso dal laboratorio “LIFEBRAIN LECCE S.R.L. di Lecce”, come si può evincere dalla documentazione che si allega relativa agli utenti ERRICO Angelo e FRANCHELLUCCI Giovanni.

Giova evidenziare che questo N.A.S. con nota nr.17/19-2 di prot. del 28/09/2021 (prot. ASL79560 del 30/09/2021) aveva già segnalato a Codesta A.S.L. delle anomalie gestionali/contrattuali riguardanti il laboratorio in disamina, di cui si sconoscono le determinazioni assunte.

Alla luce di quanto emerso dalla verifica, vogliano Codesti Uffici, ognuno per la parte di competenza:

- **Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L./BR**

- verificare la posizione autorizzativa della struttura nonché la persistenza dei requisiti strutturali ed organizzativi;

- comunicare gli eventuali provvedimenti già intrapresi a conclusione delle recenti verifiche espletate dai Vostri Servizi;

- **Uffici della Direzione Generale dell'A.S.L./BR**

- verificare la posizione lavorativa dell'infermiera ELIA Teresa e attivare eventualmente l'U.P.D.;

- verificare gli aspetti contrattuali tra il laboratorio e Codesta ASL e la regolarità dei pagamenti corrisposti alla struttura;

- **Ordine dei biologi**

- relazionare in merito ad eventuali periodi di sospensione dall'Ordine del Dott. MARCONE Felice, specificandone le ragioni e se durante gli stessi il professionista potesse svolgere all'interno della struttura le funzioni di Responsabile Sanitario e/o altre mansioni.”.

Con nota **prot. U193782 del 09/04/2026** la Sezione Accreditamenti e Qualità ha rappresentato quanto segue:
“(…)”

Posto quanto sopra;

considerato:

- che con Pec dell'11/10/2021, acquisita dalla scrivente Sezione con prot. n. AOO_183/13960 del 12/10/2021, il Direttore Generale dell'ASL BR aveva trasmesso la nota prot. n. 79560 del 30/09/2021 del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute – N.A.S. DI TARANTO – indirizzata al Direttore Generale dell'ASL BR e per conoscenza alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Brindisi, con la quale il Comandante aveva comunicato che **“Gli accertamenti finora espletati (relativi all'arco temporale dall'anno 2014 al mese di marzo 2021), hanno evidenziato:**
- la mancata osservanza degli obblighi contrattuali pattuiti con l'A.S.L./BR nell'ambito del contratto per l'erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture Sanitarie Private in regime di accreditamento istituzionale (art. 5 – punto 1.4 e 11);
- l'attivazione da parte del legale rappresentante del **“Laboratorio Analisi Marcone S.r.l.”** di Ceglie Messapica di un “punto prelievo” presso il laboratorio di analisi **“EMOLAB S.A.S. DI PALASCIANO VINCENZO”** di Carovigno, di cui ne era anche responsabile sanitario, in assenza della prescritta autorizzazione e dei requisiti richiesti per il relativo rilascio;
- una fuorviante contabilizzazione delle prestazioni di laboratorio, poiché venivano fatte apparire come eseguite in toto presso il “Laboratorio Analisi Marcone S.r.l.” di Ceglie Messapica.”;
- in particolare, circa l'attivazione di un “punto prelievo” presso un laboratorio di analisi di Carovigno (BR), che:
- il R.R. 1 agosto 2018, n. 9 “REGOLAMENTO DI MODIFICA AL REGOLAMENTO REGIONALE 3 FEBBRAIO 2010, N.3. SEZ B.01.02 MEDICINA DI LABORATORIO” definisce i punti prelievo di strutture private accreditate e/o autorizzate quali “punti decentrati che afferiscono ai Servizi di Laboratorio di base o di base con sezioni specializzate.” (cfr. Sez. B.01.02 Medicina di laboratorio – Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio e Requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture del R.R. n. 9/2018);
- l'art. 8, comma 7 della L.R. n. 9/2017 prevede che: “Gli ambulatori di patologia clinica autorizzati all'esercizio possono istituire, previa istanza di autorizzazione all'esercizio alla Regione (al Comune in base alla D.G.R. n. 142/2018, n.d.r.) un punto prelievo nelle zone carenti del territorio dell'azienda sanitaria locale di appartenenza. Per “zona carente” si intende l'ambito territoriale, entro un raggio di quattro km lineari dalla sede del punto prelievo che si intende istituire, in cui non insistono strutture di laboratorio e/o altri punti prelievo. L'autorizzazione è rilasciata previa verifica dei requisiti di cui al regolamento regionale.”.
- l'art. 24, comma 6 della L.R. n. 9/2017 prevede che: “Il laboratorio di analisi accreditato può istituire un punto prelievo in una zona carente, come definita dall'articolo 8, comma 7, esclusivamente nel territorio del proprio distretto socio-sanitario ove il laboratorio di analisi ha sede.”;
- pertanto, la normativa regionale configura il punto prelievo di strutture private accreditate e/o autorizzate quale articolazione organizzativa decentrata di un laboratorio di analisi accreditato e/o autorizzato per l'attivazione del quale occorre apposita autorizzazione all'esercizio (previa verifica della

“zona carente” e dei requisiti) come previsto dall’art. 8, comma 7 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. e non come centro prelievo interno ad altro Laboratorio di analisi di titolarità di altro soggetto giuridico;

• **che dai Verbali trasmessi dal SISP del Dipartimento di Prevenzione dell’ASL BR e dai N.A.S. di Taranto, relativi al laboratorio de quo, emergono le seguenti criticità:**

- a. “mobilio (...) vetusto, danneggiato e realizzato in materiale non idoneo a garantire la sanificazione”;
 - b. non conformità “alla vigente normativa edilizia, con particolare riferimento alle altezze minime”;
 - c. “elevato rischio di contaminazione ambientale e biologica tra ambienti sporchi e materiale destinato all’uso di laboratorio.”;
 - d. presenza di due frigoriferi “in riferimento ai quali la parte non è stata in grado di fornire evidenze circa la capacità di garantire la conservazione a meno 20 gradi, come previsto dal R.R. 9/2018.”;
 - e. presenza, sui tavoli del laboratorio, di “campioni di urine non adeguatamente conservati.”;
 - f. assenza di “un locale spogliatoio e le attività di vestizione e svestizione avvengono sul pianerottolo della scala condominiale, che non risulta in alcun modo adeguato dal punto di vista igienico sanitario, strutturale”
 - g. “nel locale laboratorio non era in corso alcuna attività analitica”;
 - h. assenza di un Infermiere (oltre alla sig.ra Elia Teresa presente a titolo gratuito) e del Tecnico di Laboratorio “dichiarato” dal medesimo laboratorio al personale N.A.S. di Taranto;
 - a. periodo di vacanza della figura del Responsabile Sanitario Dott. MARCONE, in quanto dal riscontro dell’Ordine territoriale dei Biologi, per tutto l’anno 2025 emerge che il laboratorio ha esperito l’attività senza un Responsabile Sanitario regolarmente iscritto al medesimo Ordine;
 - j. “Il laboratorio, come riferito dalla parte e come riscontrato dalla documentazione esibita, si avvale per l’esecuzione di alcune analisi (sia in regime privatistico che in convenzione con il S.S.R.) del laboratorio esterno “LIFEBRAIN LECCE S.R.L. di Lecce”; si specifica che il laboratorio Marcone, consegna ai pazienti i referti con propria intestazione, riportando in essi l’esito analitico del referto emesso dal laboratorio “LIFEBRAIN LECCE S.R.L. di Lecce”, come si può evincere dalla documentazione che si allega relativa agli utenti ERRICO Angelo e FRANCHELLUCCI Giovanni.”;
- in particolare, circa la violazione del “Contratto per l’erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture Sanitarie Provate in regime di accreditamento istituzionale” sottoscritto con la ASL BR, che:
- **l’art. 5, comma 1** prevede che “L’Erogatore, oltre quanto previsto dagli articoli precedenti, si obbliga ad osservare le seguenti prescrizioni e ad assicurare i seguenti adempimenti: (...) 1.4. **esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario, infermieristico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti**, comunque sotto la diretta e personale responsabilità del Professionista intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale o del Responsabile Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi ed ulteriori, strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione. L’Erogatore, quale intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale, nella responsabilità e sorveglianza sull’esercizio della prestazione erogata garantisce che la stessa è prestata **sotto il controllo diretto** del Professionista, o **in caso di struttura, del Responsabile Sanitario della stessa**, con esclusione, a tal fine, di qualsiasi forma di collaborazione con soggetti diversi, ovvero incardinati a tempo pieno in altre strutture” (grassetto aggiunto, n.d.r.);
- **l’art. 5, comma 9** stabilisce che “l’erogatore si obbliga, in ogni caso, al rispetto delle norme, delle disposizioni attuative ivi comprese le regole tecniche nazionali e regionali in materia se ed in quanto applicabili al presente contratto”;
- **l’art. 5, comma 12** precisa che “L’erogatore, inteso quale struttura/soggetto aggregatore, si obbliga, nel rispetto delle prestazioni distinte per singola tipologia acquistate dalla ASL con il presente contratto, ad inoltrare alla ASL l’elenco degli esami eseguiti in house (distinti per struttura all’interno dell’aggregazione) e l’elenco degli esami inviati “in service”, unitamente alla indicazione del laboratorio/ aggregazione effettuante il service. A tal fine, in caso di aggregazioni, il legale rappresentante di ogni

singola struttura facente capo all'aggregazione compila l'elenco delle prestazioni eseguite in house e l'elenco degli esami inviati in service in ottemperanza al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, le dichiarazioni infedeli costituiranno motivo per l'avvio delle procedure previste dalla L.R. n. 9/2017 e s.m.i. L'elenco delle prestazioni in service viene allegato al presente contratto.”;

- in ogni caso, affinché si configuri un'attività in service secondo le previsioni della D.G.R. n. 736/2017 è necessario il coinvolgimento di due laboratori di analisi entrambi in regime di accreditamento con una limitazione di tipo territoriale, in base alla quale il service può essere attivato anche al di fuori dell'aggregazione di riferimento purché all'interno dello stesso ambito provinciale;
- nel caso di specie, si configurano sia la violazione delle previsioni di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.4 (con riferimento all'“esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario, infermieristico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti” in relazione all'assenza di figure professionali previste, e al “controllo diretto del Professionista, o in caso di struttura, del Responsabile Sanitario della stessa” circa le analisi eseguite illegittimamente in Service), sia la violazione delle norme e delle regole tecniche regionali e nazionali a cui rimanda l'art. 5, comma 9;
- peraltro, la mancata esecuzione delle prestazioni sotto il controllo diretto del Responsabile Sanitario del laboratorio de quo, in violazione del medesimo art. 5, comma 1, punto 1.4, era già stata rilevata dal Comando NAS di Taranto in relazione all'illegittima attivazione di un “punto prelievo” presso il laboratorio di analisi “EMOLAB S.A.S. DI PALASCIANO VINCENZO” di Carovigno;

Posto tutto quanto sopra riportato;

rilevato che la L.R. n. 9/2017 e s.m.i. stabilisce:

- all'art. 26, comma 2 che “Ferma restando l'applicazione della l. 241/1990, l'accreditamento è revocato, con conseguente risoluzione dell'accordo contrattuale di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 stipulato con l'azienda sanitaria locale, nei seguenti casi:

a) venir meno di una delle condizioni di cui all'articolo 20;

b) carenza di uno o più requisiti ulteriori di accreditamento stabiliti dal regolamento regionale o altra specifica normativa;

c) violazione grave dell'accordo contrattuale o contratto di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992;

d) violazione degli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente e di quelli stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, decentrata e integrativa a tutela dei lavoratori.”;

- all'art. 26, comma 3 che: “Nei casi di cui al comma 2, lettere b), c) e d), e in ogni altro caso di violazione degli standard quantitativi e qualitativi di accreditamento rimediabili con opportuni interventi, il dirigente della sezione regionale competente, assegna un termine non superiore a novanta giorni entro il quale il soggetto accreditato rimuove le carenze o le cause della violazione, pena la revoca dell'accreditamento.”;
- all'art. 26, comma 4 che “La revoca dell'accreditamento può essere disposta immediatamente, senza invito alla rimozione previsto al comma 3, qualora nei casi previsti dal medesimo comma la violazione o la carenza sia grave e continuativa, oppure sia stata reiterata.”

(sottolineature aggiunte, n.d.r.);

considerato che la L.241/1990 (“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di accesso ai documenti amministrativi”) prevede:

- all'art. 7, che “1. Ove non sussistano ragioni di impedimento derivanti da particolari esigenze di celerità del procedimento, l'avvio del procedimento stesso è comunicato, con le modalità previste dall'art. 8, ai

soggetti nei confronti dei quali il provvedimento finale è destinato a produrre effetti diretti ed a quelli che per legge debbono intervenire. Ove parimenti non sussistano le ragioni di impedimento predette, qualora da un provvedimento possa derivare un pregiudizio a soggetti individuati o facilmente individuabili, diversi dai suoi diretti destinatari l'amministrazione è tenuta a fornire loro, con le stesse modalità, notizia dell'inizio del procedimento.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1 resta salva la facoltà dell'amministrazione di adottare, anche prima della effettuazione delle comunicazioni di cui al medesimo comma 1, provvedimenti cautelari.”;

- all'art. 21-quater, che “1. I provvedimenti amministrativi efficaci sono eseguiti immediatamente, salvo che sia diversamente stabilito dalla legge o dal provvedimento medesimo.

2. L'efficacia ovvero l'esecuzione del provvedimento amministrativo può essere sospesa per gravi ragioni o per il tempo strettamente necessario, dallo stesso organo che lo ha emanato ovvero da altro organo previsto dalla Legge. Il termine della sospensione è esplicitamente indicato nell'atto che la dispone e può essere prorogato o differito per una sola volta, nonché ridotto per sopravvenute esigenze. La sospensione non può comunque essere disposta o perdurare oltre i termini per l'esercizio del potere di annullamento di cui all'art. 21-nonies.”;

atteso che risulta accertata:

- ai sensi dell'art. 26, comma 2, lett. b) della LR 9/2017 e s.m.i., la carenza di uno o più requisiti ulteriori di accreditamento stabiliti dal regolamento regionale o altra specifica normativa, con riferimento alla D.G.R. n. 736/2017, al R.R. n. 9/2018 e alla LR 9/2017 e s.m.i.;
- ai sensi dell'art. 26, comma 2, lett. c), la violazione grave dell'accordo contrattuale di cui all'art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/1992;

rilevato che:

- la carenza dei requisiti di cui all'art. 26, comma 2, lett. b) e la violazione degli standard qualitativi di accreditamento non appaiono “rimediabili con opportuni interventi” di cui all'art. 26, comma 3, in quanto trattasi di numerose e diffuse carenze dei requisiti sia strutturali che tecnologici e organizzativi nonché di grave violazione delle norme igienico – sanitarie essenziali per la garanzia della sicurezza dei pazienti e per l'affidabilità nella processazione delle analisi;
- ai sensi dell'art. 26, comma 4, la violazione dell'accordo contrattuale in relazione alla circostanza della “mancata osservanza degli obblighi contrattuali pattuiti con l'A.S.L./BR” e “attivazione da parte del legale rappresentante del “Laboratorio Analisi Marccone S.r.l.” di Ceglie Messapica di un “punto prelievo” presso il laboratorio di analisi “EMOLAB S.A.S. DI PALASCIANO VINCENZO” di Carovigno” (Pec dei N.A.S. DI TARANTO del 2021) e della “consegna ai pazienti i referti con propria intestazione, riportando in essi l'esito analitico del referto emesso dal laboratorio “LIFEBRAIN LECCE S.R.L. di Lecce” (Pec dei N.A.S. di Taranto del 2026), è riferibile sia agli obblighi contrattuali di cui all'art 5, comma 1, punto 1.4 sia a quelli previsti all'art. 5, comma 9 e si configura, nel caso di specie, come violazione grave e continuativa;
- la gravità e continuità delle violazioni sopra rappresentate rende altresì necessaria la sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di accreditamento da parte del laboratorio in oggetto con oneri a carico del SSR fino alla conclusione del procedimento;

la scrivente Sezione:

- dispone, ai sensi ai sensi dell'art. 21-quater della L. 241/1990, la sospensione dell'accreditamento istituzionale del laboratorio di analisi di base sito in Ceglie Messapica (BR) al corso Verdi n. 51 di cui è titolare la “Laboratorio Analisi Chimiche Marccone s.r.l.”, e diffida la medesima Società

dall'erogare prestazioni in regime di accreditamento, con oneri a carico del SSR fino alla conclusione del procedimento;

- ***comunica, ai sensi dell'art. 7 della L. 241/1990, l'avvio del procedimento di revoca dell'accreditamento istituzionale, ai sensi dell'art. 26, comma 2, lett. b) e c), dell'art. 26, comma 3 e dell'art. 26, comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., del laboratorio di analisi di base (branca di "Patologia Clinica") sito in Ceglie Messapica (BR) al corso Verdi n. 51 di cui è titolare la "Laboratorio Analisi Chimiche Marccone s.r.l.", assegnando un termine di 10 giorni per la presentazioni di eventuali controdeduzioni.***

Si informa altresì che, trascorso tale periodo, in assenza di idonee controdeduzioni la scrivente Sezione provvederà al rilascio di un provvedimento espresso di revoca dell'accreditamento.

Inoltre, considerato che:

- *l'art 14 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. prevede:*

" 1. Il dirigente della sezione regionale competente o il comune, secondo le rispettive competenze, a seguito di accertamenti eseguiti dagli organi della pubblica amministrazione incaricati della vigilanza, dispongono previa osservanza della l. 241/1990:

a) la chiusura di strutture o attività aperte senza le preventive autorizzazioni;

b) la cessazione dell'attività trasferita in altra sede senza la preventiva autorizzazione di cui all'articolo 18.

2. Il dirigente della sezione regionale competente o il comune revocano l'autorizzazione e dispongono la chiusura della struttura nella quale sia stato accertato l'esercizio abusivo della professione sanitaria o in cui siano state commesse gravi e/o reiterate inadempienze comportanti situazioni di pericolo per la salute dei cittadini, fatta salva, nei casi previsti, la trasmissione di informativa di reato all'Autorità giudiziaria.

3. Nei casi previsti ai commi 1 e 2 è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria compresa fra un minimo di euro 10 mila e un massimo di euro 60 mila.

4. Il dirigente della sezione regionale competente o il comune, nel caso in cui siano state apportate modifiche strutturali, funzionali o della tipologia delle prestazioni erogate tali da configurare rischio per la salute pubblica, dispongono il ripristino della situazione preesistente, concedendo un termine non superiore a trenta giorni. In tal caso l'autorità sanitaria locale dispone la sospensione dell'attività nel periodo necessario al ripristino dello status quo ante.";

- la competenza al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio relativa a laboratori di analisi è normativamente attribuita, attualmente, alla Regione ai sensi dell'art. 5, comma 1, punto 1.7.2., come modificato dalla L.R. 22 dicembre 2017, n. 65 a far data dal 27 dicembre 2017, previo parere regionale favorevole di compatibilità al fabbisogno e conseguente rilascio dell'autorizzazione comunale alla realizzazione;

- con D.G.R. del 6 febbraio 2018, n. 142 è stato peraltro stabilito che, nelle more della determinazione del fabbisogno da parte degli uffici regionali e considerata la temporanea inapplicabilità delle disposizioni di cui all'art. 7 della L.R. n. 9/2017, come modificata dalla L.R. n. 65/2017, con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7, non dovrà essere presentata istanza di autorizzazione alla realizzazione bensì direttamente istanza di autorizzazione all'esercizio ai Comuni territorialmente competenti secondo la normativa previgente;

- *poiché nelle more della determinazione del fabbisogno i Comuni dovranno procedere al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle strutture di assistenza specialistica ambulatoriale secondo la normativa previgente, con la medesima D.G.R. è stato altresì previsto che i Comuni continueranno a svolgere tutte le altre attività - già di competenza ai sensi della L.R. n. 9/2017 ante modifiche - inerenti la gestione delle autorizzazioni all'esercizio delle medesime strutture, sia in relazione ai procedimenti d'ufficio che a quelli su istanza di parte da trasmettersi al Comune, quali, a mero titolo esemplificativo e senza alcun intento esaustivo: verifica della permanenza del possesso dei requisiti per il tramite il*

Dipartimento di Prevenzione, **revoca/dichiarazione di decadenza dall'autorizzazione, irrogazione di sanzioni ed altre prescrizioni**, trasferimento in capo ad altro soggetto dell'autorizzazione all'esercizio, aggiornamento/variazione dell'autorizzazione all'esercizio, trasferimento di sede;

all'attualità la competenza in materia di autorizzazione all'esercizio dei laboratori di analisi è in capo al Comune, pertanto, si trasmette la presente, altresì, al Sindaco del Comune di Ceglie Messapica (BR), ai fini dell'eventuale adozione di provvedimenti di propria competenza ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i..”.

Con **Pec del 20/04/2026** l'Avv. Alberto Pepe, nell'interesse della **“Laboratorio Analisi Marcone S.r.l.”**, ha trasmesso le relative osservazioni a firma anche del legale rappresentante della Società, acquisite dalla scrivente Sezione al prot. n. E225701 del 23/04/2026.

Posto quanto sopra;

atteso che le prefate controdeduzioni non sono ritenute “idonee” a confutare quanto evidenziato dalla scrivente nell'avvio del procedimento di revoca dell'accreditamento istituzionale di cui alla nota prot. U193782 del 09/04/2026, in quanto **si osserva che:**

- **circa il richiamo al verbale del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute – N.A.S. DI Taranto al fine di confutare i rilievi trasmessi dal SISF del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BR, di cui ai seguenti punti delle controdeduzioni:**

- punto a) argomentazioni sul “mobiliario vetusto o danneggiato”;
 - punto c) argomentazioni sull’“elevato rischio di contaminazione ambientale”;
 - punto d) argomentazioni sulla “presenza di due frigoriferi rispetto ai quali la parte non è stata in grado di fornire evidenze circa la capacità di garantire la conservazione a meno di 20 gradi”;
 - punto g) argomentazioni sulla circostanza che “nel locale del laboratorio non era in corso alcuna attività analitica”;
 - punto i) argomentazioni sul periodo di “vacanza della figura del responsabile sanitario dott. Marcone”;
- l'avv. Pepe ritiene che tali criticità non siano state riscontrate dal N.A.S. di Taranto perché non contestate nel relativo Verbale prot. 15502/2-1 del 24/03/2026. Orbene, da tale circostanza non ne consegue l'assenza delle violazioni già rilevate a seguito della verifica eseguita presso il Laboratorio da parte dei tecnici del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BR, i quali hanno constatato un'assoluta carenza delle norme igienico-sanitarie. Infatti, successivamente il N.A.S. ha accertato ulteriori carenze, senza peraltro mettere in discussione o smentire le criticità già rilevate dal Dipartimento di Prevenzione nel corso dell'ispezione effettuata circa due mesi prima. Tale intervallo temporale risultava, peraltro, idoneo a consentire l'adozione di interventi correttivi almeno parziali, finalizzati al ripristino di condizioni dei luoghi meno critiche rispetto a quelle originariamente riscontrate, prima dell'esecuzione del sopralluogo da parte del N.A.S..

In merito al punto f) relativo alle argomentazioni *“sull'assenza di un locale spogliatoio”*, contrariamente a quanto asserito dall'Avv. Pepe, secondo cui il NAS avrebbe attestato *“normali condizioni di manutenzione”*, il Verbale *de quo* riporta, invece, la medesima prescrizione contestata dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BR, ossia l' *“assenza di una zona spogliatoio per il personale attrezzata con armadietti a doppio scomparto”*;

- **sui rilievi relativi alla figura del Responsabile Sanitario:** l'avv. Pepe ritiene che possa essersi verificato un “ritardo amministrativo o un disallineamento nei database dell'Ordine” e che il Responsabile Sanitario “non abbia mai interrotto il proprio status professionale”. Tuttavia, nel verbale del NAS è rappresentato che: *“si rilevavano le seguenti informazioni “è regolarmente iscritto presso quest'Ordine per l'anno 2026 ed ha risanato la sua posizione”: dalla successiva consultazione dell'Albo online, si riscontravano le seguenti informazioni: data prima iscrizione 12/09/2007, data iscrizione ordine 12/02/2026”*, e nella nota prot. n. E65826 del 06/02/2026, dell'Area Gestione Personale dell'ASL BR si significa, altresì, che: *“(…) è stato richiesto*

alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi, di verificare l'eventuale iscrizione o meno del Dr. Marcone Felice e del Dr. Marcone Giuseppe. (...) ha inoltrato la suddetta richiesta all'Ordine di Puglia e Basilicata e che la scrivente ASL ha richiesto il medesimo controllo all'Ordine territoriale con PEC del 02.02.2026, si evidenzia che il predetto Ordine territoriale ha riscontrato la richiesta con nota prot. d'arrivo n. 13891 del 04.02.2026 evidenziando che entrambi i nominativi erano stati cancellati in data 30.12.2024, per morosità e che entrambi avevano provveduto al saldo richiedendo la reiscrizione. (...) Quanto sin qui riportato, valida il contenuto della segnalazione pervenutaci e la circostanza che, ad oggi (e per tutto l'anno 2025), il laboratorio ha esperito l'attività senza un Responsabile Sanitario regolarmente iscritto all'Ordine.". Pertanto, risulta incontestabile il dato relativo alla vacanza di tale figura per tutto l'anno 2025, tant'è che neppure il richiamo alle verifiche compiute da "ACCREDIA" è sufficiente a confutare tale ultima circostanza in quanto l'ultima verifica di tale Ente risale a gennaio 2025 sulla base di dati del 2024, anno in cui il dott. Marcone era regolarmente iscritto all'Ordine.

A tal proposito, *ad abundantiam*, si sottolinea che le attestazioni ricevute (e le conseguenti verifiche/ ispezioni) da un soggetto/ente terzo privato non sostituiscono quelle rilasciate da un Ente pubblico in base a procedimenti i cui passaggi amministrativi sono dettagliatamente stabiliti dalla Legge nazionale e regionale che individua espressamente, altresì, gli Enti istituzionali pubblici (nel caso di specie l'Organo amministrativo Regionale) deputati ad avvalersi di organi ispettivi (anch'essi espressamente individuati) per le verifiche dei relativi requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi in capo alle strutture sanitarie e al conseguente rilascio dei relativi provvedimenti di accreditamento;

- **sui rilievi relativi al tecnico di laboratorio e all'infermiere**: alcuna "valida" osservazione è stata fornita in merito all'assenza di tali figure, tanto meno il tentativo di ritenere sufficiente la presenza del Dott. Marcone nel ricoprire ulteriori ruoli nel medesimo laboratorio può essere idoneo a superare le violazioni del RR. n. 9/2018 che prevede espressamente tra i requisiti organizzativi le figure del tecnico di laboratorio e dell'infermiere senza alcuna deroga in termini di debito orario;

- **sui rilievi dell'attività "in service"**: l'avv. Pepe, al fine di superare la contestazione di tale violazione da parte di laboratori di analisi accreditati appartenenti ad ambiti provinciali diversi, distingue tra prestazioni effettuate in regime di accreditamento e prestazioni svolte solo privatamente, ritenendo che, per queste ultime, vi sia una "*autonomia nella gestione del campione e del fornitore esterno*" non soggetta ai vincoli della normativa regionale. Tale distinzione non può in alcun modo operare, *in primis* perché la normativa richiamata (id est D.G.R. n. 736/2017), la quale definisce i limiti territoriali per lo svolgimento di "attività in service", non è riferibile alle singole prestazioni accreditate bensì allo status di soggetto accreditato, in *secundis* perché ai fini dell'acquisizione / della conservazione del predetto status i laboratori di analisi devono, autonomamente o come parte di un'Aggregazione, raggiungere una soglia minima di prestazioni, che vengono conteggiate indipendentemente dalla circostanza che siano state o meno erogate per conto e a carico del S.S.N. ed al cui raggiungimento non può contribuire un altro soggetto esterno all'Aggregazione;

- **sulla presunta disparità di trattamento tra procedimenti attivati per altri laboratori pugliesi**: rispetto a tale eccezione si evidenzia che, nel caso di specie, diversamente dalle ipotesi oggetto di avvenuta archiviazione dei procedimenti *illo tempore* avviati, è stato già precisato chiaramente che la gravità e continuità delle violazioni riscontrate per il laboratorio de quo (quali argomentate con la sopra riportata nota prot. U193782 del 09/04/2026) non hanno permesso di attivare il procedimento ex art. 26, comma 3 della L.R. n. 9/2017 ma hanno comportato inevitabilmente l'applicazione della procedura disciplinata al comma 4 della medesima disposizione normativa.

Per tutto quanto sopra rappresentato;

atteso, pertanto, che, per le motivazioni già formulate con nota prot. U193782 del 09/04/2026, con la quale è stato comunicato l'avvio del procedimento di revoca dell'accreditamento istituzionale in capo al

laboratorio di analisi di base (branca di "Patologia Clinica") di cui è titolare la "Laboratorio Analisi Chimiche Marccone s.r.l.", **si conferma:**

- in relazione alle violazioni ivi rilevate ai sensi dell'art. 26, comma 2, lett. c), la sussistenza della gravità e continuità di cui all'art. 26, comma 4;
- inoltre, che la carenza dei requisiti di cui all'art. 26, comma 2, lett. b) e la "violazione degli standard qualitativi di accreditamento" di cui all'art. 26, comma 3 non sono risultate "rimediabili con opportuni interventi" ai sensi del medesimo art. 26, comma 3, in quanto trattasi di numerose e diffuse carenze dei requisiti sia strutturali che tecnologici e organizzativi nonché di grave violazione delle norme igienico – sanitarie essenziali per la garanzia della sicurezza dei pazienti e per l'affidabilità nella processazione delle analisi;

si propone di disporre **la revoca dell'accreditamento istituzionale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 26, comma 2, lett. b) e comma 3 e dell'art. 26, comma 2, lett. c) e comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., del laboratorio di analisi di base (branca di "Patologia Clinica") sito in Ceglie Messapica (BR) al corso Verdi n. 51 di cui è titolare la "Laboratorio Analisi Chimiche Marccone s.r.l.",** con la precisazione che all'attualità la competenza in materia di autorizzazione all'esercizio dei laboratori di analisi è in capo al Comune, pertanto, il presente provvedimento viene notificato, altresì, al Sindaco del Comune di Ceglie Messapica (BR) in ordine all'applicazione delle eventuali sanzioni di cui all'art. 14 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i..

DETERMINA

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

di disporre **la revoca dell'accreditamento istituzionale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 26, comma 2, lett. b) e comma 3 e dell'art. 26, comma 2, lett. c) e comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., del laboratorio di analisi di base (branca di "Patologia Clinica") sito in Ceglie Messapica (BR) al corso Verdi n. 51 di cui è titolare la "Laboratorio Analisi Chimiche Marccone s.r.l.",** con la precisazione che all'attualità la competenza in materia di autorizzazione all'esercizio dei laboratori di analisi è in capo al Comune, pertanto, il presente provvedimento viene notificato, altresì, al Sindaco del Comune di Ceglie Messapica (BR) in ordine all'applicazione delle eventuali sanzioni di cui all'art. 14 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i.;

- di notificare il presente provvedimento:
- al Sindaco del Comune di Ceglie Messapica (BR);
- al legale rappresentante della "Laboratorio Analisi Chimiche Marccone s.r.l.", (*pec: laboratoriomarconesrl@pec.it*)
- al Direttore Generale dell'ASL BR;
- al Dirigente U.O.G.C. dell'ASL BR;
- al Comando Carabinieri per la Salute N.A.S. di Taranto;
- al supporto *Exprivia Sistema Edotto* (*hd.edotto@exprivia.com*).

Il presente provvedimento:

- è stato elaborato mediante la piattaforma informatica "Cifra2", composto da pagine progressivamente numerate, firmato digitalmente e adottato in unico originale;
- sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della Legge Regionale 15 giugno 2023, n. 18;
- sarà pubblicato all'Albo della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta/Albo Telematico (ove disponibile);
- sarà disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia (ove disponibile l'albo telematico);

- sarà trasmesso al Dirigente della Sezione Programmazione e Monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata;
- sarà trasmesso al Dirigente del Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina;
- viene redatto in forma integrale.

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Come Proposta: Codice Cifra 214/DIR/2026/00061

Sottoscrittori Proposta:

- EQ Autorizzazione e Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale
Irene Vogiatzis

Firmato digitalmente da:

EQ Autorizzazione e Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale
Irene Vogiatzis

Il Dirigente della Sezione Accreditamento e Qualità
Mauro Nicastro