





## RITENUTO

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott. Avino Virginia a svolgere l'attività libero professionale, nell'ambito dell'Ospedale di appartenenza, nella disciplina di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

### PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

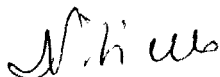
- **Di accogliere** la richiesta del Dott. **AVINO VIRGINIA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE** da effettuarsi :

presso il P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia

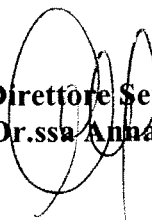
-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Avino Virginia, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe previste dal tariffario nazionale vigente, così come riportato nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente;

-**che** tali attività sono svolte durante l'orario di servizio, fermo restando il debito orario contrattuale, con recupero del tempo dedicato alle prestazioni rese in ALPI con orario di lavoro supplementare (art. 9 del Regolamento ALPI), così come riportato nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

**Il Responsabile Ufficio ALPI**  
**D.ssa M.Franca Vitiello**



**Il Direttore Servizio GRU**  
**Dr.ssa Anna Alfieri**



## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO ATTO DELLA REGOLARITA' DELL'ISTRUTTORIA COMPIUTA DAL SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE, NONCHE' DELLA DICHIARAZIONE DI LEGITTIMITA' TECNICA ED AMMINISTRATIVA RESA DAL DIRETTORE SERVIZIO GRU PROPONENTE, CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA CHE PRECEDE

### DELIBERA

- **Di accogliere** la richiesta del **Dott. AVINO VIRGINIA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **Immunoematologia e Medicina Trasfusionale** da effettuarsi :

- Presso il PO. San Leonardo di Castellammare di Stabia

- **Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Avino Virginia, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe previste dal tariffario nazionale vigente , così come riportato nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente;

- **che** tali attività sono svolte durante l'orario di servizio, fermo restando il debito orario contrattuale, con recupero del tempo dedicato alle prestazioni rese in ALPI con orario di lavoro supplementare (art. 9 del Regolamento ALPI), così come riportato nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

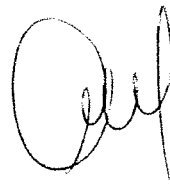
L'Ufficio ALPI sarà responsabile in uno al Servizio proponente della esecuzione della presente delibera, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

**Dare** alla presente immediata esecuzione.

**Atto** non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94.

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Vittorio Russo



**ELLENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA  
 PROFESSIONE INTRAMURALE DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA  
 EQUIPE**

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds \_\_\_\_\_  
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds \_\_\_\_\_  
 All'Ufficio ALPI \_\_\_\_\_ **SEDE**

Prestazioni effettuabili dal dr Arino Virginia nato il 27/04/55 matricola 60350  
 oppure



dall'equipe \_\_\_\_\_  
 nella disciplina MEICINA TRASFUSIONALE

Unità Operativa/reparto SIT Ospedale/distretto SAN LEONARDO

Prestazione e/o intervento chirurgico

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
1) <u>IMMUNOEMATOLOGIA E RITROCIETARIA</u> <u>(Determinazione Gruppo Sanguigno e fattore Rh; Serotipizzazione eritrocitaria; Ricerca anticorpi; Identificazione ed eventuale titolazione anticorpi; test di Coombs diretto; test di Coombs indiretto; test di Coombs indiretto non specifico; Eluato ed identificazione anticorpo su eluato; MEN de Rh; MEN de ABO)</u>	<u>Due figure</u>	<u>Data la peculiare attività svolta dal SIT non è possibile quantificare i tempi delle singole prestazioni - le stesse vengono ripartite da "due quote e standard minimi di Medicina Trasfusionale" (del Servizio Trasfusionale Piano XXV Lepl al N° 3) e sono quantificate mediamente in minuti 11.</u>
2) <u>PROVE DI COMPATIBILITA' PRETRASFUSIONALI</u> <u>(test in seline e in Coombs)</u>	<u>Due figure</u>	

Delibera n.447/2009 - art2 - comma 3 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale né tantomeno può comportare per ciascun dipendente un volume di attività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore all'orario di servizio effettivamente prestatato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA \_\_\_\_\_

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia

UFFICIO ALPI  
Tel. 081/8729080 - 4729502 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI



Il sottoscritto dr VIRGINIA AVIRO nato il 27/02/58

dirigente di I livello, con incarico di BIOLUCA presso l' Unità operativa

SITI E MEDICINA TRASFUSIONALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

OO.RR. AREA STABIESE ASL NA 3 SUD a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

**CHIEDE**

di poter effettuare l' attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il proprio studio professionale LA PROPRIA STRUTTURA DI APPARTENENZA

città CASTELLAMMARE DI STABIA prov NA CAP 80053

indirizzo VIALE EUROPA tel 0818729318

nei giorni di ALLOCCIARENTA DURANTE L'ORARIO DI SERVIZIO CON RECUPERO

con orario dalle ore ORARIO alle ore \_\_\_\_\_

è situato presso una struttura privata non accreditata?  no  si

**2° studio**

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

nei giorni di \_\_\_\_\_

con orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

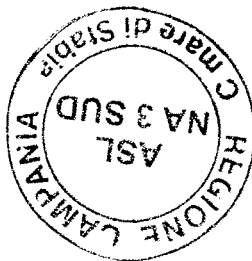
è situato presso una struttura privata non accreditata?  no  si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 5/04/2014 FIRMA [Signature]

Alpi/gv

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

### TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 30959 in data 31 AGO. 2011

### TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

*A*

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 30 AGO. 2011 / \_\_\_\_\_ A:**

Ⓟ SUB COMMISSARIO AMMINISTRATIVO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
SUB COMMISSARIO SANITARIO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
SERV. AFFARI LEGALI	DISTRETTO N. 48	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 49	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 50	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 51	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 52	
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 53	
Ⓟ SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 54	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 55	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 56	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 58	
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 59	
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	P.O.SANTA MARIA DELLA PIETA'	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	P.O. CAV. RAFFAELE APICELLA	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	