

regione campania  
**aslnapoli3sud**

Castellammare Di Stabia

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 000880 DEL 30 AGO. 2011

\*\*\*\*\*

**OGGETTO:** AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA - DOTT. GRIMALDI ROSARIO - P.O. SAN LEONARDO.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
AFFISSIONE ALBO	RELATA	ORDINARIA	IMMEDIATA
La presente deliberazione è affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal <b>01 SET. 2011</b> e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato	La presente deliberazione è stata affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione  L'incaricato	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal  Il Dirigente	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. <b>30 AGO. 2011</b> Il Commissario Straordinario (Dott. Vittorio Russo)

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Vittorio Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 600 del 05.08.2010, n. 976 del 30.12.2010, n. 15 del 14.01.2011, n. 30 del 28.01.2011, n. 57 del 21.02.2011, n. 84 del 07.03.2011 e n. 412 del 04.08.2011, in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Serv. G.R.U.  
N. 336

ASI NAPOLI 3 SUD Ufficio Comunicario Streamman
12 AGO. 2011
PERVENUTO

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

### DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**OGGETTO:** Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. **GRIMALDI ROSARIO** – P.O. San Leonardo -

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio Gestione Risorse Umane e delle risultanze e degli atti su richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore del Servizio GRU a mezzo di sottoscrizione della presente

#### PREMESSO CHE:

Con delibera n.447 del 23/09/2009 ad oggetto" Adozione regolamento attività libero professionale intramoenia", modificata con delibera n.848/10 e successiva 1410/10 ,questa ASL in attuazione della legge 120 del 3/08/2007 ha inteso regolamentare l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria effettuato dalla dirigenza medica, sanitaria e veterinaria;

Con delibera n. 751 del 23/12/2009 è stata costituita la Commissione Paritetica Aziendale di Monitoraggio con compiti di verifica e monitoraggio attività ALPI;

Con determina dirigenziale n. 320 del 12/03/2010 del Servizio Gestione Risorse Umane è stato costituito l'Ufficio dell'Attività Libero Professionale Intramoenia(Ufficio ALPI);

**RICHIAMATO** il predetto Regolamento nella parte in cui stabilisce che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'attività intramoenia, ancorchè già autorizzati, devono formulare alla Direzione Generale istanza ad ottenere l'autorizzazione;

#### VISTA

la richiesta, completa della tipologia delle prestazioni e degli orari destinati a tale attività, presentata dal Dott. Grimaldi Rosario - Dirigente Medico Disciplina di Medicina Trasfusionale in servizio presso l'U.O.C di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia - con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'attività professionale in regime di intramoenia in Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

-presso il Presidio Ospedaliero di appartenenza

**VISTA** la legge 4 maggio 1990, n.107 "Disciplina per le attività relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati;

**VISTO** il Decreto 1 Settembre 1995 "Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi fondamentali e quelle pubbliche, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche;

**PRESO ATTO** dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio ALPI;



## RITENUTO

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

## PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

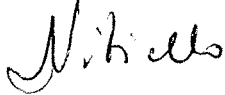
- **Di accogliere** la richiesta del Dott. **GRIMALDI ROSARIO** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE** da effettuarsi :

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

- **Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Grimaldi Rosario, 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. GRIMALDI ROSARIO** 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. Grimaldi Rosario, 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;

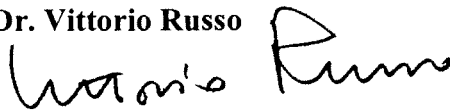
L'Ufficio ALPI sarà responsabile in uno al Servizio proponente della esecuzione della presente delibera, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

**Dare** alla presente immediata esecuzione.

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

**Il Commissario Straordinario**

**Dr. Vittorio Russo**



**ELENCO 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 GRIMALDI ROSARIO nato il 02-01-49 matricola 156400  
 oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_  
 nella disciplina \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione e/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
1) <u>IMMUNOEMATOLOGIA E RITROCIETARIA</u> <u>(Determinazione Gruppo Sanguigno</u> <u>e fattore Rh; sierotipizzazione</u> <u>intrasierica; Ricerca anticorpi;</u> <u>Identificazione ed eventuale</u> <u>titolazione anticorpi; test</u> <u>di Coombs diretto; test di Coombs</u> <u>indiretto; test di Coombs diretto</u> <u>non-specifico; test ed identifica-</u> <u>zione anticorpi su elvato;</u> <u>HEAT da Rh; HEAT da ABO;</u>	<u>Due figure</u>	<u>Data la peculiare</u> <u>attività svolta</u> <u>dal S. I. S. non</u> <u>è possibile quanti-</u> <u>ficare i tempi</u> <u>delle singole</u> <u>prestazioni -</u> <u>le stesse vengono</u> <u>ripartite da</u> <u>"linee guida e</u> <u>standard minimi di</u> <u>Medicina Trasfusionale"</u> <u>(Al Servizio</u> <u>Trasfusionale</u> <u>Prot. XXV Suppl al</u> <u>N. 3) e sono</u> <u>quantificate mediamente</u> <u>in minuti 11.</u>
2) <u>PROVE DI COMPATIBILITA' PRETRASFU-</u> <u>SIONALI</u> <u>(test in sèrume 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

*[Handwritten signature]*

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
P/CF 0249771212  
UFFICIO ALPI  
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

DOMANDA PER SVOLGERE L' ATTIVITA'  
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE  
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. RAIMONDI ROSSANO nato il 02-01-1949  
dirigente di II livello, con incarico di DIRETTORE presso l' Unità operativa  
MEDICINA TRASFUSIONALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
OSP. SAN LEO TARSO 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 IN PROPRIA SCRITTURA DI APPARTENENZA

città CASTELLAMMARE DI STABIA prov NA CAP 80053

indirizzo VIALE EUROPA tel 081 8729318

nei giorni di ALL'ESCLUSIVA DURANTE L'ORA DI SERVIZIO CON

con orario dalle ore RECUPERO ORARIO

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 \_\_\_\_\_

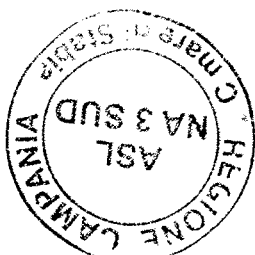
è situato presso una struttura privata non accreditata?  no  si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 07/05/2001 FIRMA Raimondi Rossano

Alpi/gv

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullio)

*Marco Tullio*

**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

*M*

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

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