

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

OGGETTO: Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. **PEDUTO M. LUISA** – 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. Peduto Maria Luisa - 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. Peduto Maria Luisa a svolgere l'attività libero professionale, nell'ambito dell'Ospedale di appartenenza, nella disciplina di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

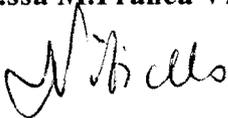
- **Di accogliere** la richiesta del Dott. **PEDUTO MARIA LUISA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE** da effettuarsi :

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

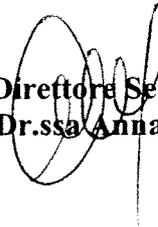
-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Peduto Maria Luisa, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe previste dal tariffario nazionale vigente, 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. PEDUTO MARIA LUISA** intesa ad ottenere 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. Peduto Maria Luisa, 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

Vittorio Russo

Alf



**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 DEBUTO H. WISSA nato il 21/04/50 matricola 913392
 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; Quantificazione</u> <u>anticoagulanti; Ricerca coagulanti;</u> <u>Identificazione ed eventuale</u> <u>intolleranza coagulanti; Test</u> <u>di Coombs diretto; Test di Coombs</u> <u>indiretto; Test di Coombs</u> <u>traspecifico; Creato ed identifica</u> <u>zione anticorpo su elvato;</u> <u>HEM da Rh; HEM da ABO;</u>	<u>Due figure</u>	<u>Data la peculiare</u> <u>attività svolta</u> <u>dal S. I. P. non</u> <u>è possibile quanti</u> <u>ficare i tempi</u> <u>delle singole</u> <u>prestazioni</u> <u>che stesse vengono</u> <u>ripetute da</u> <u>una guida e</u> <u>standard minimi di</u> <u>Medicina Trasfusionale</u>
2) <u>PROVE DI COMPATIBILITA' PRETRASFUSI-</u> <u>SIONALI</u> <u>(test in suture e in Coombs)</u>	<u>Due figure</u>	<u>(al Servizio</u> <u>Trasfusionale</u> <u>Primo XV Suppl el</u> <u>N° 3) e sono</u> <u>quantizzate mediamente</u> <u>in minuti 15.</u>

Dellibera 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 prestato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA _____

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 67 - 80053 Castellammare di Stabia

UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507



Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr PEDUTO MARIALUISA nato il 07/07/1968
dirigente di I livello, con incarico di SPECIALISTA AMBULATORIALE (MEDICO) presso l' Unità operativa
SIT E MEDICINA TRANSFUSIONALE 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 ALL'OCCORRENZA 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 05/07/11 FIRMA [Signature]

lpi/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:**

<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	EX A.S.L. NA 4
<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	EX A.S.L. NA 5
<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	