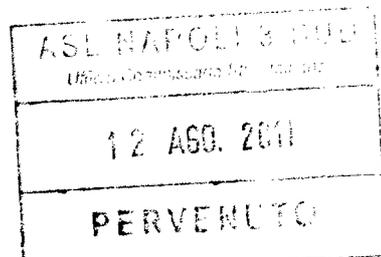




**SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE**



**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**OGGETTO:** Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. **PELUSO MARIA** - 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. Peluso Maria - Dirigente Medico Biologo 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. Peluso Maria a svolgere l'attività libero professionale, nell'ambito dell'Ospedale di appartenenza, nella disciplina di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

**PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

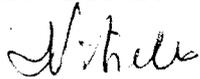
**Di accogliere** la richiesta del Dott. **PELUSO MARIA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE** da effettuarsi :

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

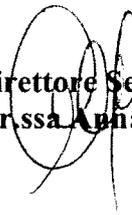
**-Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Peluso Maria, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe previste dal tariffario nazionale vigente,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

*Vittorio Russo*

*[Signature]*

Regione Campania  
 Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 PI/CF 0249771212

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

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. DEBONO PLATANI nato il 02/9/55 matricola 79950

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) IMMUNOEMATOLOGIA E RITROCIETARIA (Determinazione Gruppo Sanguigno e fattore Rh; sierotipizzazione intracettaria; Ricerca anticorpi; Identificazione ed eventuale titolazione anticorpi; test di Coombs diretto; test di Coombs indiretto; test di Coombs diretto unspecifico; test di identificazione nome anticorpo su elvato; MEN da Rh; MEN da ABO;	Due figure	Data la peculiare attività svolta dal S. I. non è possibile quant. precise i tempi delle singole prestazioni - le stesse vengono riportate da "nuove guide e standard minimi di Medicina Trasfusionale" (del Servizio Trasfusionale Anno XXV Suppl al N° 3) e sono quantificate mediamente in minuti 11.
2) PROVE DI COMPATIBILITA' PRETRASFUSIONALI (test su suture e in Coombs)	Due figure	

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 prestato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA

Alcide De Gasperi

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

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



Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr PELUSO MARIA nato il 02-09-55  
dirigente di I livello, con incarico di BIOLOGA presso l' Unità operativa  
SIT 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 ALLOCCURENZA DURANTE L'ORARIO DI SERVIZIO CON RECUPERO

con orario dalle ore 08.00 alle ore 18.00

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 01.07.11 FIRMA Maria Peluso

./lpi/gv

