



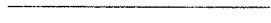
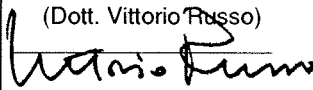
ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. **010887** DEL 30 AGO. 2011

=====

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA - DOTT. SAVARESE EMILIA - 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 01 SET. 2011 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. 30 AGO. 2011 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:

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

ASI NAPOLI SUD <small>Unità Comandante Straordinaria</small>
12 AGO. 2011
PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria - Dott. SAVARESE EMILIA - P.O. San Leonardo -

La 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. Savarese Emilia - 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. Savarese Emilia a svolgere l'attività libero professionale, nell'ambito dell'Ospedale di appartenenza, nella disciplina di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

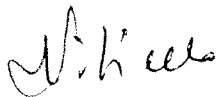
Di accogliere la richiesta del Dott. **SAVARESE EMILIA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE** da effettuarsi :

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

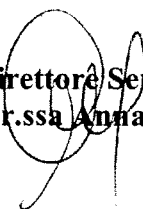
- **Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Savarese Emilia, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe previste dal tariffario nazionale vigente,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



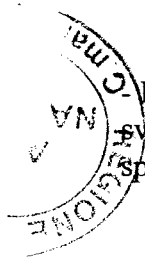
Il Direttore Servizio GRU
Dr.ssa Anna Alfieri



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. SAVARESE EMILIA** 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. Savarese Emilia, 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;

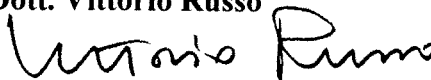
L'Ufficio ALPI sarà responsabile in uno al Servizio proponente della esecuzione della presente delibera, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

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



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

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 SAVARESE EMILIO nato il 12/1/51 matricola 255100
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 RITROEITARIA
(Determinazione Gruppo Sanguigno
e fattore Rh; Identificazione
intracellulare; Ricerca anticorpi;
Identificazione ed eventuale
titolazione anticorpi; Esat.
di Coombs diretto; Esat. di Coombs
indiretto; Esat. di Coombs diretto
non-specifico; Esat. ed identificazione
anticorpi su eluato;
MEAT da Rh; MEAT da ABO; | Due figure | Data la peculiare
attività svolta
dal S.U. non
è possibile quantifi-
care i tempi
delle singole
prestazioni -
le stesse vengono
riportate da
"linea guida e
standard minimi di
Pratica Trasfusionale"
(S.S. Servizio
Trasfusionale
D.M. XXV Suppl. al
N° 3) e sono
quantizzate mediamente
in minuti 11. |
| 2) PROVE DI COMPATIBILITA' PRETRASFUSIONALI
(Esat. su siero 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

Indis. Sestini

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 SSA EMILIA SAVARESE nato il 12-08-52
dirigente di I livello, con incarico di V. J. C. presso l' Unità operativa
SIT E MEDICINA TRASFUSIONALE dell' Ospedale / ~~Distretto~~ / Servizio Centrale
00.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 01-07-2011 FIRMA Al. Cosentino

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. 30952 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	
	COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
	SERV. AFFARI LEGALI	DISTRETTO N. 48	EX A.S.L. NA 4
	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	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 54	EX A.S.L. NA 5
	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	