

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. 661 del 21 DICEMBRE 2011

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| O<br>G<br>G<br>E<br>T<br>T<br>O | <b>CONVENZIONE TRA L'A.S.L. V.C.O. E L'AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA C.T.O/MARIA ADELAIDE DI TORINO PER ATTIVITA' IN EQUIPES DI PRELIEVO DI CUTE DA DONATORE CADAVERE - ANNO 2012</b> |
|---------------------------------|---|

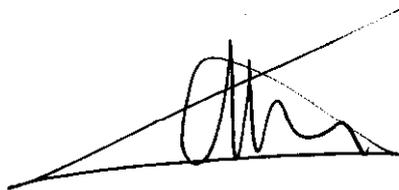
L'anno duemilaundici il giorno

VENTUNO

del mese di DICEMBRE alle ore 9.00 in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

- Dott. Corrado Cattrini



coadiuvato da:

- Dott. Renzo Sandrini **DIRETTORE SANITARIO**

- Dott. Gianmaria Battaglia **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa

data \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

1105 378-3210-13 1 0 0

IL RESPONSABILE F.F. REF.

Beneficiario \_\_\_\_\_ €.

Beneficiario \_\_\_\_\_ €.

Beneficiario \_\_\_\_\_ €.

Annotazioni eventuali

0000000000

00.0

39840000

**PROPOSTA ISTRUTTORIA  
DEL DIRETTORE MACROSTRUTTURA OSPEDALE UNICO PLURISEDE**

Richiamata la deliberazione n. 670 del 17 Novembre 2010 con la quale si stipulava per l'anno 2011 convenzione con l'Azienda Ospedaliera C.T.O. Maria Adelaide di Torino, istituito presso il quale con D.G.R. n. 27-29929 del 13 Aprile 2000 è stata istituita la Banca della Cute, per l'utilizzo di personale medico provvisto di specifica idoneità nelle attività dell'equipe di prelievo di cute da donatore cadavere.

Vista la nota prot. ASL n. 78797 del 5 Dicembre 2011 con la quale l'Azienda Ospedaliera C.T.O. Maria Adelaide richiedeva il rinnovo della convenzione sopra citata.

Richiamata la nota prot. ASL n. 80463 del 13 Dicembre 2011 con la quale si richiedeva al Coordinatore Locale Prelievi ed al Dr. Trotta, medico abilitato a tale attività, la disponibilità ad accogliere la richiesta presentata dall'Azienda Ospedaliera C.T.O. Maria Adelaide.

Evidenziato che con nota prot. ASL n. 81091 del 15 Dicembre 2011 i sanitari sopra indicati esprimevano parere favorevole al rinnovo della convenzione di che trattasi.

Rilevato inoltre che l'attività svolta da parte del Dr. Trotta o da parte di altro medico che verrà abilitato a tale attività sarà svolta al di fuori del proprio orario di servizio e che per tale attività l' A.O. C.T.O. Maria Adelaide corrisponderà all'A.S.L. V.C.O. i seguenti importi onnicomprensivi:

- compenso forfettario per ogni accesso € 200,00
- compenso integrativo per ogni cm<sup>2</sup> prelevato € 0,30

Precisato che tale compenso sarà introitato e successivamente ripartito secondo le quote previste dal Regolamento aziendale dell'attività libero professionale di cui alla deliberazione n. 1378/2000

**SI PROPONE**

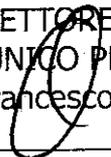
- 1) di stipulare per il periodo 1 Gennaio / 31 Dicembre 2012 specifica convenzione per attività in equipe di prelievo di cute da donatore cadavere con l' A.O. C.T.O. Maria Adelaide condizioni di cui allo schema di disciplinare allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale sotto la lettera A)
- 2) di dare atto che gli introiti conseguenti all'attività in oggetto della presente deliberazione saranno introitati sul conto economico 4.50.02.77 esercizio 2012

IL RESPONSABILE  
DEL PROCEDIMENTO

Paolo UBALDINO



IL DIRETTORE  
OSPEDALE UNICO PLURISEDE  
Dott. Francesco Garufi



**IL COMMISSARIO**

Vista la sopraesposta proposta istruttoria;

Acquisiti i pareri favorevoli espressi, ai sensi dell'art.3 - comma 1-quinques del D.Lgs. 19/06/1999 n. 229, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;  
decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Letto, confermato e sottoscritto

IL COMMISSARIO  
(Dott. ~~Conrado~~ Cattrini)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Renzo Sandrini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. ~~Gianmaria~~ Battaglia)

### RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno 21 DIC. 2011 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Copia per strutture:

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | DSO V   |
| <input type="checkbox"/>            | SERT    |
| <input type="checkbox"/>            | DIST. 0 |
| <input type="checkbox"/>            | DIST. V |
| <input type="checkbox"/>            | DIST. D |
| <input type="checkbox"/>            | ML      |
| <input type="checkbox"/>            | MED URG |
| <input type="checkbox"/>            | SITRPO  |
| <input type="checkbox"/>            |         |
| <input type="checkbox"/>            |         |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | DSM |
| <input type="checkbox"/> | DP  |
| <input type="checkbox"/> | F   |
| <input type="checkbox"/> | SD  |
| <input type="checkbox"/> | LP  |
| <input type="checkbox"/> | AG  |
| <input type="checkbox"/> | BC  |
| <input type="checkbox"/> | RU  |
| <input type="checkbox"/> | PP  |
| <input type="checkbox"/> |     |
| <input type="checkbox"/> |     |

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/>            | MED. COMP           |
| <input type="checkbox"/>            | FL                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | REF                 |
| <input type="checkbox"/>            | ITB                 |
| <input type="checkbox"/>            | ICT                 |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. PAT. CHIRUR.   |
| <input type="checkbox"/>            | DIP TECNICO AMMVO   |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. PAT. ONCOL.    |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. SERVIZI DIAGN. |
| <input type="checkbox"/>            |                     |
| <input type="checkbox"/>            |                     |

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/>            | DIP. EMERG. URG.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DIP. AREA CRITICA |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. DIPENDENZE   |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. POST ACUZIE  |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. PAT. CNV     |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. FARMACO      |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. PAT. MEDICHE |
| <input type="checkbox"/>            | DIP. MAT. INF.    |
| <input type="checkbox"/>            |                   |
| <input type="checkbox"/>            |                   |