



Ai Legali Rappresentanti
Centri accreditati per attività ambulatoriale
di Laboratorio Analisi

Oggetto: DCA n. 45/2014 – Piano di riassetto della rete Laboratoristica privata ai sensi del DCA n. 109/2013. Ulteriori disposizioni ed adempimenti successivi.

Con DCA n. 45/14 è stato aggiornato il cronoprogramma del Piano di riassetto della Rete Laboratoristica privata approvato con DCA n. 109/13, fissando al 30/11/14 la data entro cui le strutture al di sotto della soglia minima di efficienza dovevano manifestare la propria volontà di adesione ad una aggregazione ed al 28/02/15 la data entro cui le AA.SS.LL., sentite le Associazioni di categoria, dovranno approvare e trasmettere alla Struttura Commissariale il piano attuativo.

Al fine di procedere alla definizione del suddetto piano attuativo, si chiede,

- Ai Legali Rappresentanti dei Laboratori con PEQ superiore alla soglia minima di efficienza (70.000 PEQ) che hanno costituito o che stanno costituendo una aggregazione,
- Ai Legali Rappresentanti dei Laboratori con PEQ inferiore alla soglia minima di efficienza (70.000 PEQ), che hanno manifestato la propria volontà di aderire ad una aggregazione entro i termini previsti,

di inviare entro il 26/02/2015 il Piano di Aggregazione come da modello allegato, firmato in originale da tutti i Legali Rappresentanti dei Laboratori di Analisi della costituita/costituenda aggregazione, allegando alla stessa la copia della carta d'identità di tutti i Legali Rappresentanti dei Laboratori che partecipano all' Aggregazione..

Tutta la documentazione richiesta deve pervenire esclusivamente con consegna a mano al Protocollo Generale della A.S.L. Napoli I Centro.

Si precisa inoltre che i Laboratori di Analisi che non hanno trasmesso alcuna manifestazioni di volontà di adesione ad una aggregazione, ai sensi del DCA 109/13 e s.m.i., e hanno una P.E.Q. inferiore alle 70.000 prestazioni equivalenti previste in questa prima fase, non potranno erogare più prestazioni a carico del S.S.R. nei termini previsti dai DD.CC.A. 109/13 e 45/14.

Il Direttore del Dipartimento
Assistenza Primaria e Continuità delle Cure

Dott. Genaro Volpe

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Antonella Guida

Antonella Guida

Il Direttore Generale
Dott. Ernesto Esposito

Ernesto Esposito



Da riprodurre su carta intestata della Aggregazione (se costituita)

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro
Via Comunale del Principe 13/A
CAP 80141/NAPOLI

c.a. Direttore Dipartimento Assistenza Primaria
e Continuità delle Cure

Oggetto: Invio "Progetto di Aggregazione" ai sensi del DCA 109/2013 e
ss.mm.ii. DCA 45/2014.

Progetto di Aggregazione

A) Nome* e natura giuridica dell' Aggregazione già costituita o
costituenda

.....
(non obbligatorio)

B) Laboratori di Analisi che compongono l' aggregazione come di seguito
specificati*:

La struttura denominata
Partita IVACod. Regionale Accreditamento.....,
con sede in, alla Via.....
in persona del legale rappresentante..... (Codice Fiscale
.....), nato/ail.....residente in
.....alla Via,
con una tipologia di struttura di Laboratorio di Base con settori
specializzati.....con una PEQTM autocertificata ai sensi
della 445/2000 diin possesso di Decreto di
Accreditamento Istituzionale pubblicato sul D.C.A
n.....del....., avendo L' ASL di competenza attestato alla
Regione Campania la sussistenza dei requisiti e delle condizioni per l'
accreditamento definitivo con Delibera del D.G. di Accredibilità
n.....del

La struttura denominata
Partita IVACod. Regionale Accreditamento.....,
con sede in, alla Via.....
in persona del legale rappresentante..... (Codice Fiscale
.....), nato/ail.....residente in
.....alla Via,
con una tipologia di struttura di Laboratorio di Base con settori
specializzati.....con una PEQ autocertificata ai sensi
della 445/2000 diin possesso di Decreto di
Accreditamento Istituzionale pubblicato sul D.C.A
n.....del....., avendo L' ASL di competenza attestato alla
Regione Campania la sussistenza dei requisiti e delle condizioni per l'
accreditamento definitivo con Delibera del D.G. di Accredibilità
n.....del

La struttura denominata
Partita IVACod. Regionale Accreditamento.....,
con sede in, alla Via.....
in persona del legale rappresentante..... (Codice Fiscale
.....), nato/ail.....residente in
.....alla Via,
con una tipologia di struttura di Laboratorio di Base con settori
specializzati.....con una PEQ autocertificata ai sensi
della 445/2000 diin possesso di Decreto di
Accreditamento Istituzionale pubblicato sul D.C.A
n.....del....., avendo L' ASL di competenza attestato alla
Regione Campania la sussistenza dei requisiti e delle condizioni per l'
accreditamento definitivo con Delibera del D.G. di Accredibilità
n.....del

*Prospetto da ripetere per ogni Laboratorio di Analisi componente della costituita/costituenda aggregazione

C) Numero complessivo di prestazioni equivalenti (P.E.Q.) della
costituita/costituenda Aggregazione n.....

G) Cronoprogramma di Aggregazione e di realizzazione degli adeguamenti ove necessari

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

H) Data presunta di inizio attività.....

I) Timbro e Firma* (in originale) di Tutti I Rappresentanti legali dei Laboratori di Analisi che partecipano all' aggregazione

Timbro della Struttura
firma in originale

[]

Timbro della Struttura
firma in originale

[]

Timbro della Struttura
firma in originale

[]

Altri.....

*Timbro e Firma da ripetere per ogni Laboratorio di Analisi componente della costituita/costituenda aggregazione