

A.S.L. NAPOLI 3 SUD Ufficio Commissario Straordinario
08 GIU. 2011
PERVENUTO

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

OGGETTO: Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott.ssa **ESPOSITO CONCETTA** – Distretto Sanitario 59 – Sant’Agnello.

Alla stregua dell’istruttoria compiuta dal Servizio GRU 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 per ottenerne l’autorizzazione;

VISTA

la richiesta, completa della tipologia delle prestazioni e degli orari destinati a tale attività, presentata dalla Dott.ssa **ESPOSITO CONCETTA** - Dirigente Medico Disciplina di Angiologia Medica presso il Distretto Sanitario 59 – Sant’Agnello - con la quale chiede l’autorizzazione a svolgere l’attività professionale in regime di intramoenia nella disciplina specialistica **di Angiologia** :

- presso il proprio studio sito in Piano di Sorrento - Via Cavottole n. 8

PRESO ATTO dell’istruttoria compiuta dall’Ufficio ALPI;

RITENUTO

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott.ssa Esposito Concetta a svolgere l’attività libero professionale nella disciplina di Angiologia;



SI PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

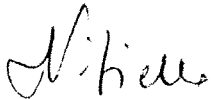
-Di accogliere la richiesta della l Dott.ssa **ESPOSITO CONCETTA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **ANGIOLOGIA** da effettuarsi :

presso il proprio studio sito in Piano di Sorrento – Via Cavottolè n. 8

-Di dare atto che la tipologia di prestazioni effettuabili dalla Dott.ssa Esposito Concetta in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente:

-che gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati 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' DELLA ISTRUTTORIA COMPIUTA DAL SERVIZIO GRU
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 della Dott.ssa **ESPOSITO CONCETTA** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **ANGIOLOGIA** da effettuarsi :

-presso il proprio studio sito in Piano di Sorrento . Via Cavottolè n. 8, fino alla realizzazione da parte dell'Azienda di proprie idonee strutture e spazi distinti e separati per l'esercizio dell'attività ALPI in regime di ricovero ed ambulatoriale intra ed extra ospedaliera (art.20, comma 3. regolamento aziendale).

-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni effettuabili dalla Dott.ssa Esposito Concetta in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente:

-**che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

L'Ufficio ALPI in uno al Servizio GRU proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, 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

[Signature]

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
 P.I./C.F. 0219771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507



Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds
 All'Ufficio ALPI

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr. CRISTOFORO CROCETTA nato il 10/05/53 matricola

oppure

dall'equipe

nella disciplina ORTODONZIA FACCIALE

Unità Operativa/reparto ORTODONZIA Ospedale/distretto SS

Prestazione e/o intervento chirurgico Tariffa Tempo (minuti)

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
VISITA	70,00	30'
CONCORSO SONDAGGIO ISA	60,00	20'
CONCORSO SONDAGGIO INT/VALIS	60,00	20'
VISITA SONDAGGIO	60,00	30'

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 gy

FIRMA

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
P.I.C.E. 0249771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 8729502 Fax 081/8729507



Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. ESPESITA Gennaro nato il 10.3.53
dirigente di 2 livello, con incarico di AMBULANCIA RE MEA presso l'Unità operativa
AMBULANCIA RE MEA dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
081 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

città PIANO MUSEO prov NA CAP 80053
indirizzo VIA GARIBOLDI 5 tel 081/232000
nei giorni di MARTEDI
con orario dalle ore 18 alle ore 20
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

PROF. DATA 13.1.19 FIRMA _____

Allegato

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
(Dott. Marco Tullio)

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. 2263 in data 20/6/11

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

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 09 GIU. 2011 / _____ **A:**

SUB COMMISSARIO AMMINISTRATIVO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
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. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 52	EX A.S.L. NA 5
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 53	
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 54	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 55	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 56	
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 57	
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	