

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

OGGETTO: Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. **IMPROTA LUCIANO** – 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 dal Dott. **IMPROTA LUCIANO** - Dirigente Medico Disciplina di Medicina Interna 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 **Medicina Interna** :

- presso il proprio studio sito in Piano di Sorrento - Via Italia n. 190

PRESO ATTO dell’istruttoria compiuta dall’Ufficio ALPI;

RITENUTO

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott. Improta Luciano a svolgere l’attività libero professionale nella disciplina di Medicina Interna;



SI PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

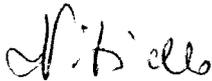
-**Di accogliere** la richiesta del Dott. **IMPROTA LUCIANO** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **MEDICINA INTERNA** da effettuarsi :

- presso il proprio studio sito in Piano di Sorrento – Via Italia n. 190

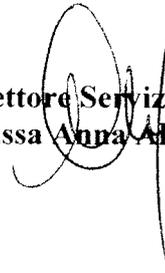
-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni effettuabili dal Dott. Improta Luciano in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale 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 del **Dott IMPROTA LUCIANO** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **MEDICINA INTERNA** da effettuarsi :

-presso il proprio studio sito in Piano di Sorrento . Via Italia n. 190, 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 dal Dott. Improta Luciano 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;

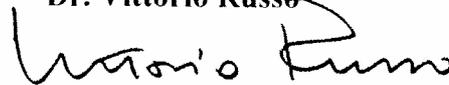
L'Ufficio ALPI in uno al Servizio GRU proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i consequenziali adempimenti

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



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

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 **IMPROTA LUCIANO** nato il **18/11/1950** matricola **210000**

oppure

~~dall'equipe~~

nella disciplina **MEDICINA INTERNA**

Unità Operativa/~~posto~~ **DIARETUSCIA** Ospedale/distretto **53**

~~Prestazione e/o intervento chirurgico~~

tariffa

Tempo (minuti)

Visite ambulatoriali (completate)	€ 40,00	30 min
Visite infermieristiche (domestiche)	€ 100,00	60 min



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 *[Signature]*



Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr **LIMBROTA LUCIANO**
dirigente di 1° livello, con incarico di **RESPONSABILE**
DI DIABETOLOGIA

nato il **18/11/1950**

presso l'Unità operativa

dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale **53**

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** prov **Na** CAP **80065**

indirizzo **CD ITALIA 196** tel **3381512852**

nei giorni di **SABATO**

con orario dalle ore **15,00** alle ore **16,00**

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

PROF _____

DATA **1/6/10**

FIRMA

Luciano Limbrota

Illeggi _____

