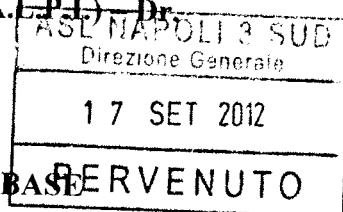




**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr. CAMPANA Francesco. - Dipartimento Salute Mentale.**



**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
E RESPONSABILE UFFICIO A.L.P.I.**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I. aziendale e degli atti tutti 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 della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Responsabile Ufficio A.L.P.I. a mezzo di sottoscrizione della presente.

**PREMESSO:**

- Che con deliberazione aziendale n.447 del 23.9.2009 ad oggetto "Adozione Regolamento attività libero professionale intramoenia." E s.m.i., questa Azienda in attuazione della Legge n.120 del 03.8.2007, ha inteso regolamentare l'esercizio dell'A.L.P.I.;
- Che con deliberazione aziendale n.225 del 26.4.2012 il Direttore Generale aziendale ha costituito l'Ufficio A.L.P.I. della ASL NA3 Sud;

**RICHIAMATO:**

- Il precitato Regolamento aziendale nella parte in cui è stabilito che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'A.L.P.I., ancorchè autorizzati, devono formulare al Direttore Generale istanza per ottenere l'autorizzazione;

**VISTA:**

- L'istanza inoltrata dal Dr. **CAMPANA Francesco** - Dirigente medico in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale - U.O. di Pollena-Cercola; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Pomigliano d'Arco - Piazza Primavera n.23**;

**TENUTO CONTO:**

- Dell'istruttoria effettuata dal Referente Amministrativo A.L.P.I. Dip. Franca Maria Vitiello operante presso il Servizio GRU, anche attraverso la verifica della veridicità delle dichiarazioni rese dal sanitario richiedente, e dalla verifica della disciplina di appartenenza del precitato sanitario richiedente, attestata dalla sigla apposta dal medesimo Referente Amministrativo, in calce all'istanza del sanitario accanto alla verificata disciplina di appartenenza;

**RILEVATO:**

- Che il Dr. **CAMPANA Francesco, Dirigente medico presso il Dipartimento di Salute Mentale** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

**RITENUTO:**

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **CAMPANA Francesco** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di autorizzare il Dr. **CAMPANA Francesco**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Pomigliano d'Arco a Piazza Primavera n.23**, nel rispetto della normativa vigente;
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di



*Handwritten signature or initials.*

autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto.

- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto.

**Il Direttore UOC Serv. Ass. San. di Base  
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.  
Dr.ssa Antonietta SICILIANO**

### IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto delle dichiarazioni di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., nonché delle dichiarazioni di legittimità tecnica e amministrativa rese dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede e sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

### DELIBERA

- Di autorizzare il Dr. **CAMPANA Francesco**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Pomigliano d'Arco a Piazza Primavera n.23** nel rispetto della normativa vigente;

- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto;

- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- Il Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., sarà responsabile in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i conseguenziali adempimenti.

**Il Direttore Sanitario Aziendale  
Dr. Giuseppe RUSSO**

**IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Maurizio DAMORA**

ASL  
3 SUD  
CAMPANA  
FRANCESCO  
PSICHIATRIA

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

UFFICIO ALPI  
Tel.081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

MODULO PER LA CONCESSIONE TRA ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE  
INTRAMOENIA

Prot.n. 836

del 23-03-2010

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. RAMPANA FRANCESCO C.F. CMC FNC 53 T O S E 262 K  
nato il 05/12/53 a S. ANASTASIA

In servizio presso l'U.O. di POZZANA-ERCOLEA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSM  
DSM APPIA DISTRETTO

AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equivalente: PSICHIATRIA

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni.

Disciplina \_\_\_\_\_

Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS

Struttura \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

Polizza RC terzi ed infortuni n. 418.023 Compagnia ASSOMEDICO

La stipula della polizza è necessaria per l'inizio effettivo dell'attività libero professionale

FIRMA Rampana Francesco

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1

A.S.L. NAPOLI 3 SUD  
Ufficio Alpi  
28 APR. 2010  
Protocollo n° 1611A  
PERVENUTO

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**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. RAHPANA FRANCESCO nato il 05-12-58 matricola 1725

oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_

nella disciplina \_\_\_\_\_

Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_



Prestazione e/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

~~VISITA PSICHIATRICA~~

~~80.E.~~

~~30-60 (minuti)~~

~~VISITA DOMICILIARE~~

~~100.E~~

**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 prestatato (DGRC n.4061/01)**

Alpi/gv

FIRMA

Francesco Arnesano

**Regione Campania**  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

DOMANDA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'  
 PROFESSIONALE INTERAMBITORIALE AMBULATORIALE  
 PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

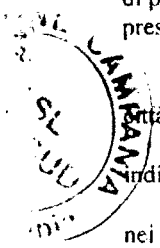
Al Direttore Generale  
 Al Responsabile Ufficio ALPI



Il sottoscritto dr BAMPANA FRANCESCO nato il 05-12-53  
 dirigente di I livello, con incarico di RESPONSABILE SPDE.POLLENA presso l' Unità operativa  
UOSH.POLLENA-CERCOLA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
 \_\_\_\_\_ 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 POMIGLIANO DI ARCO prov NA CAP 80038  
 indirizzo PIAZZA PRIMAVERA 23 tel 081/8846088  
 nei giorni di MARTEDI - GIOVEDI SABATO  
 con orario dalle ore 16.00 alle ore 20.00

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

PROT 934 DATA 23 03 2010 FIRMA Compem Arenario

Alpi/gv

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
UFFICIO ALPI  
Tel. 081/8729080 - 8729507 Fax 081/3729507

VIC  
Prot.n. 234 del 23.03.2010

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr CAMPANA FRANCESCO nato il 05-12-1953  
dirigente di I livello, con incarico di RESPONSABILE SPDC-POLLENA presso l' Unità operativa  
VON-POLLENA-CAROLA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
DSM  
a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,  
autorizzato ad effettuare l' attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso  
lo studio professionale, sito in

POMIGLIANO DI ARCO

Via PIAZZA PRIMAVERA n. 8

Cap 80058 Tel. 081/8846088

Comune POMIGLIANO DI ARCO Prov. NA

nel ribadire che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata accreditata, comunica in autocertificazione che lo studio professionale

- non rientra tra quelli che necessitano di autorizzazioni ai sensi del DGRC 7301/01 (1)
- è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente
- è in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie
- è in regola circa di adempimenti, conformi alla normativa vigente, atti alla gestione di rifiuti speciali e/o pericolosi

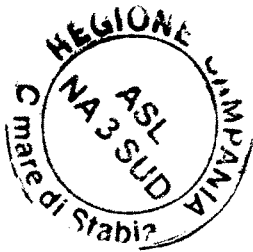
Il sottoscritto, inoltre, dichiara di sollevare l' Azienda da ogni onere economico aggiuntivo e da ogni responsabilità civile, penale e comunque rilevante anche ai fini assicurativi.

data 23-03-2010

Francesco Campana

(1) " sono soggetti ad autorizzazione all'esercizio gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportano un rischio per il paziente ai sensi del D.Lgs 2209/09 - art.8/ter comma 2"

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. 58919 in data 20 SET. 2012

**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

*[Signature]*

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 18 SET. 2012, \_\_\_\_\_ A:**

|                                     |                                   |                                 |                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA     | COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA  |                              |
| <input type="checkbox"/>            | COLLEGIO SINDACALE                | COORD.TO PROGETTI FONDI         |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. GABINETTO                   | COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. AFFARI GENERALI             | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO       |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. AFFARI LEGALI               | DIPARTIMENTO PREVENZIONE        |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI | DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE     |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE     | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE     | OO.RR. PENISOLA SORRENTINA   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERV. ASSISTENZA SANITARIA        | DISTRETTO N. 48                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. CONTROLLO DI GESTIONE       | DISTRETTO N. 49                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.    | DISTRETTO N. 50                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN    | DISTRETTO N. 51                 | <b>EX A.S.L. NA 4</b>        |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. GESTIONE RISORSE UMANE      | DISTRETTO N. 52                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.   | DISTRETTO N. 53                 | SERV. FASCE DEBOLI           |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.  | DISTRETTO N. 54                 | SERV. PATOLOGIA CLINICA      |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT  | DISTRETTO N. 55                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. ISPETTIVO                   | DISTRETTO N. 56                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.    | DISTRETTO N. 57                 | <b>EX A.S.L. NA 5</b>        |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.    | DISTRETTO N. 58                 |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.  | DISTRETTO N. 59                 | SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE    | OO.RR. AREA NOLANA              |                              |
| <input type="checkbox"/>            | SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO   | OO.RR. AREA STABIESE            |                              |
| <input type="checkbox"/>            | COORD.TO COMITATO ETICO           | OO.RR. GOLFO VESUVIANO          |                              |