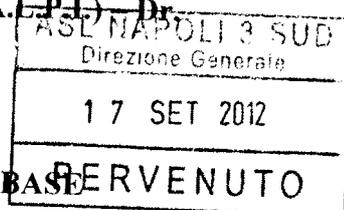


OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr. CAMPANA Francesco. - Dipartimento Salute Mentale.



**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

SM

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 POZZUOLA-ERCOLEA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSM
DSM ALPI 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

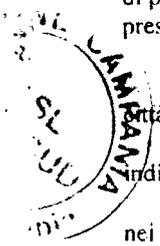
DOMANDA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'
 PROFESSIONALE INTERAMBITORIALE AMBULATORIALE
 PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr EAMPANA 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 DIARCO prov NA CAP 80038
 indirizzo PIAZZA PRIMAVERA 23 tel 081/8846089
 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 80088 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	EX A.S.L. NA 4
<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	EX A.S.L. NA 5
<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	