

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr.ssa ALFANO Vincenza. – U.O. Salute Mentale DS56.

ASL NAPOLI 3 SUD
DIREZIONE GENERALE
29 OTT 2012
PERVENUTO

**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;

REGISTRATO
16/10/2012

L'istanza inoltrata dalla Dr.ssa **ALFANO Vincenza** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS56; 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 **Scafati – Via Enrico Fermi n.16**;

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 la Dr.ssa **ALFANO Vincenza**, Dirigente medico presso **U.O. Salute Mentale DS56** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare la Dr.ssa **ALFANO Vincenza** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare la Dr.ssa **ALFANO Vincenza**, 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 **Scafati alla Via Enrico Fermi n.16**, 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.

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



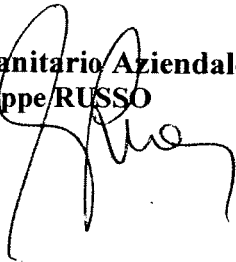
IL DIRETTORE GENERALE

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

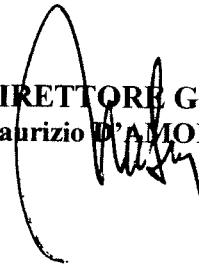
DELIBERA

- Di autorizzare la Dr.ssa **ALFANO Vincenza**, 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 **Scafati alla Via Enrico Fermi n.16** 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 D'AMORA**



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

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. ALFANO VINCENZA C.F. LFNYEN58P41C06ES
nato il 01.09.1958

In servizio presso l'U.O. di SAUTE MENTALE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio ex 84.86
DEL D.P.P. 20) P.S. CURA TERA

AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: PSI CHIATRIA

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI, 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, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI

Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia _____

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

FIRMA _____

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 - 8729502 Fax 081/8729507

UFFICIO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN S...
PROFESSIONI ENTRAVERSATE DAL SINGOLO DIRIGENTE...
ECC.

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds _____

Al Direttore Amministrativo PO/Ds _____

All'Ufficio ALPI _____

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr. ALFANO VINCENZA nato il 01-04-58 matricola 374000

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa/reparto UOSH 2/84/86 Ospedale/distretto _____

Prestazione e/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>VISITA PSICHIATRICA</u>	<u>50 00</u>	<u>50</u>

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

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'ATTIVITÀ
LIBERO PROFESSIONALE INERAMBIATORIA AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ALFANO VINCENZA nato il 01.09.1952
dirigente di I livello, con incarico di Medico Psichiatra presso l' Unità operativa
Solerte Deukolo ex 84.86 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

non possiede PSICHIATRIA 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 SCAFATI prov SA CAP 84018
indirizzo VIA ENRICO FERMI 16 tel 081.8633212

nei giorni di MARTEDI

con orario dalle ore 18.00 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 _____ DATA _____ FIRMA

Alpi/gv

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

MODELLO PER LA AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI ESISTENTI DOPO IL 2007

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI



Il sottoscritto dr ALFANO VINCENZA nato il 01-09-1958
dirigente di I livello, con incarico di dirigente medico Pneumologia presso l'Unità operativa
Solerte Neutale
Torre Annunziata dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
Torre Annunziata 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

SCAFATI

Via ENRICO FERMI n. 16

Cap 84018 Tel. 081-8633212

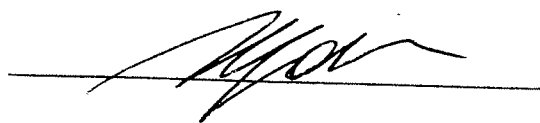
Comune SCAFATI Prov. SA

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 autorizzazione 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 30/04/10



Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 7

A.S.L. NAPOLI 3 SUD Ufficio Alpi 6 MAG. 2010 Protocollo n° <u>330/A</u> PERVE'UTO

di ALFANO VINCENZA # 374000

Dat: 01/07/2005 A: []
Evento: 04012 APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO
Titolare
Sostituto:
Note: - PROV. GIUR. DEL 21/12/2005 [N. DD 1299 :]
Provvedimento:
Figura MEDDIRSS Dirigente medico con incarico struttura semplice
Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari
Qualifica M19+5E3 Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn >15 anni
Tipo Rapporto: SS Incarico di Struttura semplice
Attività: 4023 PSICHIATRIA
Ore Settimanali: Trattamento: MED
Centro di Costo: Funzionale:

Suddivisione
ANAS 01.19.04.03 Rec.Ass.Cont: 0
Gestione: ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5
STRUTT: 01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
UOC: 01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE
UOS: 01.19.04.03 - DSM-U.O.(POMPEI/S.M.LA CAR)
Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE

Aggiornamento
Data: 26/12/2007
Utente: ADS

01.19.04.03

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. 691013 in data 31 OTT. 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

_____ M

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 30 OTT. 2012 / _____ **A:**

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