

ASL NAPOLI 3 SUD
Direzione Generale
29 OTT 2012
PERVENUTO
A.L.P.I. - DR.

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - DR. NEMOIANNI Eugenio. – U.O. Salute Mentale DS57.

**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. **NEMOIANNI Eugenio** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS57; 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 **Napoli – Via Pessina n.90**;

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. **NEMOIANNI Eugenio**, **Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS57** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **NEMOIANNI Eugenio**, 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 **Napoli alla Via Pessina n.90**, 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**



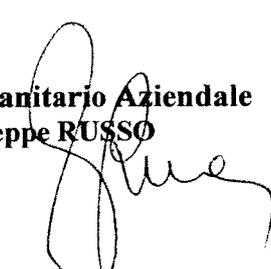
IL DIRETTORE GENERALE

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 il Dr. **NEMOIANNI Eugenio**, 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 **Napoli alla Via Pessina n.90** 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
ex ASL Napoli 5
Dipartimento di Salute Mentale
Direttore : Dr. Francesco Della Pietra
P.zza Giovanni XXIII,5 - Castellammare di Stabia
☎ 081-8729785 fax 081-8729782
Email : dipsm@aslnapoli5.it
www.aslnapoli5.it

Prot. 940 del 31/03/2010

UFFICIO A.L.P.I. ASL NAPOLI 3 SUD
SEDE

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr. Eugenio Nemoianni.

Avendo verificato l'istanza della Dr. Eugenio Nemoianni, Dirigente Medico della U.O.S.M. di Torre del Greco, ed avendo valutato che la stessa è corrispondente agli indirizzi dettati dal Regolamento Aziendale per lo svolgimento dell'ALPI, si esprime parere favorevole e si trasmette per gli adempimenti di competenza.



DIRETTORE DSM ex ASL NA/5
Dr. Francesco Della Pietra

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
30 APR. 2010
Protocollo n° 324
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

**MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMOENIA**

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. EUGENIO NEMDIANNI C.F. NMN GNE 53H24 L177W
nato il 21-06-1953

In servizio presso l'U.O. di SALUTE MENTALE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio 57

INSE. A.P. 2A e PSICHIATRIA

AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiedo

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

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 _____

Alp/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
30 APR. 2010
Protocollo n° 3ed A
PERVENUTO

**DOMANDA PER SVOLGERE L' ATTIVITA'
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE**



Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr EUGENIO NEMOLIANNI nato il 21-06-1953
dirigente di I livello, con incarico di DIRETTORE f.f. presso l' Unità operativa
di SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centralizzato
SF di TORRE del GRECO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.

PSIC - A.P.D. LA / ASICOMI TRM
CHIEDE

di poter effettuare l' attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale,
presso il proprio studio professionale

città NAPOLI prov NA CAP 80135

indirizzo VIA ENRICO PESSINA 4-90 tel 081-5499852

nei giorni di MERCOLEDI - GIOVEDI

con orario dalle ore 16,00 alle ore 21,00

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 Nemoli

AlpUgv

Mod Asl Napoli 3 - LP 6

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

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr EUGENIO NEMOLIANNI nato il 21-06-1953

dirigente di I° livello, con incarico di DIRETTORE USM f.f. presso l' Unità operativa
di SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

SA di TORRE del GRECO 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

Via ENRICO PESSINA n. 90

Cap 80135 Tel. 081-5499852

Comune NAPOLI 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 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 24/03/2010

(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

di NEMOIANNI EUGENIO # 562700

Dal: 04/02/2009 Al:
 Evento: 99999 ALTRO
 Titolare

Sostituto:
 Note:

Provvedimento:
 Figura MEDDIRSS Dirigente medico con incarico struttura semplice
 Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari
 Qualifica M110E3 Medico Liv. Dir. Ex 10^ - ssn >15 anni
 Tipo Rapporto . SS Incarico di Struttura semplice
 Attività: 4023 PSICHIATRIA

Ore Settimanali:
 Centro di Costo: Funzionale:
 Trattamento: MED

Suddivisione

ANAS	01.19.04.06	Rec.Ass.Cont: 0
Gestione:	ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5	Aggiornamento
STRUTT:	01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Data: 20/10/2009
UOC:	01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE	Utente: CIRILLO
UOS:	01.19.04.06 - DSM-U.O.(TORRE DEL GRECO)	

Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE

IONE
NAPOLI

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullio)

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. 62013 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

[Signature]

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	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
	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	