

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. ESPOSITO Bonaventura. – P.O. Castellammare di Stabia.

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E REPONSABILE 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. **ESPOSITO Bonaventura** – Dirigente medico – disciplina **CHIRURGIA GENERALE** in servizio presso il P.O. di Castellammare di Stabia; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CHIRURGIA GENERALE**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia – Via Tavernola n.41**;

RITENUTO 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. **ESPOSITO Bonaventura**, è **Dirigente medico – disciplina CHIRURGIA GENERALE** presso il **P.O. di Castellammare di Stabia**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **ESPOSITO Bonaventura**, dirigente medico-disciplina **CHIRURGIA GENERALE**, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **CHIRURGIA GENERALE**;

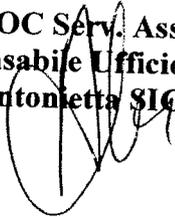
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **ESPOSITO Bonaventura**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia - disciplina **CHIRURGIA GENERALE**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CHIRURGIA GENERALE**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia – Via Tavernola n.41**, 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. **ESPOSITO Bonaventura**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia- disciplina **CHIRURGIA GENERALE**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CHIRURGIA GENERALE**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia – Via Tavernola n.41**, 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 DIAMORA**



~~Antonio Vitello~~
SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE
IL DIRETTORE
dott.ssa Anita Vicino

prot. n° 3385/SS del 24/11/2012

UFFICIO A.L.P.I.

A

Oggetto: trasmissione istanza.

A parziale riscontro della nota prot. n° 139/a del 20/04/2010 e nelle more della formalizzazione degli atti, in allegato, si trasmette le istanze, debitamente compilate, a firma del dott. Esposito Bonaventura, incardinato nell'organigramma dell'U.O. di Chirurgia e del dr Todisco Celestino, Responsabile di S.S. presso il Pronto Soccorso.

Distinti saluti.
ar/segr.ds



DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Gennaro Improta)

9/9/2009

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

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

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. BONAVENTURA ESPOLITO C.F. SPS BVN 54 D 15 E 129 W

nato il 15/04/1954

In servizio presso l'U.O. di CHIRURGIA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio S. LEONARDO di
SS. A. P. 24 - CHIRURGIA GENERALE

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: CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA APP. DIGERENTE ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
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 B. Espolito

Alpi/gv

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
PI/CF 0249771212
UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

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

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr BONAVENTURA ESPOSITO nato il 15.06.1954
dirigente di 1 livello, con incarico di STRUTTURA SEMPLICE presso l' Unità operativa
CHIRURGIA GENERALE dell' Ospedale / ~~Distretto~~ / ~~Servizio Centrale~~
S. LEONARDO C / MARE DI STABIA 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 CASTELLAMMARE DI STABIA prov NA CAP 80053
indirizzo VIA TAVERNOLA 41 tel _____
nei giorni di MERCOLEDI
con orario dalle ore 17⁰⁰ alle ore 20⁰⁰
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 B. Esposito

Alpi/gv

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
PI/CF 0249771212
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 BONAVENTURA ESPOSITO nato il 15/04/1954
dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURALE FEMURICE presso l' Unità operativa
CHIRURGIA GENERALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

S. LEONARDO di @MARE di STABIA 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

@MARE di STABIA

Via TAVERNOLA n. 161

Cap 80053 Tel. _____

Comune @MARE di STABIA Prov. NA

nel ribadire che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata o privato accreditato,
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 15/10/2012

B. Esposito

(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"

di **ESPOSITO BONAVENTURA** # **316700**

Data: 01/01/2002 **Al:**
Evento: 04004 **NOMINA INCARICO STRUTTURA SEMPLICE**
 Titolare
Sostituto:
Note: CHIRURGIA DIGESTIVA LAPAROSCOPICA
Provvedimento: DEL. - 1263 / 2001
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: 4102 **CHIRURGIA GENERALE**
Ore Settimanali: **Trattamento:** MED
Centro di Costo: 10100000 **Funzionale:**

Suddivisione
 ANAS 01.01.10.11 **Rec.Ass.Cont:** 0
Gestione: ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5 **Aggiornamento**
STRUTT: 01 - PRES. OSPED. - PRESID. OSPEDALIERI **Data:** 12/06/2008
UOC: 01.01.10.00 - P.O. - SAN LEONARDO - CMARE **Utente:** STARACE
UOS: 01.01.10.11 - CHIRURGIA - P.O. - SAN LEONARDO
Sede PO001 **P.O. SAN LEONARDO**

RE
NA 3
Stabi

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullio)

Marco Bullo

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. 73571 in data 16/11/12

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

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 15 nov. 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	