

ASL NAPOLI C. Sud Direzione Generale
03 OTT 2012
PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr.ssa DI DONATO Rosa. – Distretto Sanitario n.53 – Castellammare di Stabia.

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

Handwritten signature

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 dalla Dr.ssa **DI DONATO Rosa** – Dirigente medico **NEUROLOGO** in servizio presso il Distretto Sanitario n.53 di Castellammare di Stabia; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **NEUROLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Gragnano – Via S. Caterina n.29**;

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 la Dr.ssa **DI DONATO Rosa**, Dirigente medico **NEUROLOGO** presso il **Distretto Sanitario n.53 di Castellammare di S.** è appartenente alla disciplina **NEUROLOGIA**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare la Dr.ssa **DI DONATO Rosa**, dirigente medico neurologo, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **NEUROLOGIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare la Dr.ssa **DI DONATO Rosa**, Dirigente medico neurologo del Distretto Sanitario n.53 di Castellammare di S. - disciplina Neurologia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **NEUROLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Gragnano alla Via S. Caterina n.29**, 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 **DI DONATO Rosa**, Dirigente medico neurologo del Distretto Sanitario n.53 di Castellammare di S., allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **NEUROLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Gragnano alla Via S. Caterina n.29** 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**



Distretto Sanitario N° 53
Via Allende 12, 80053 - Castellammare di Stabia (NA)
Tel e Fax: 0818729.958 - P.I. C.F. 06322711216
Sito: www.aslnapoli3sud.it

AA

Prot. n. 2679
Del 11-6-12

Prot. 2679
del 12/6/12

Al Dirigente Responsabile
Ufficio A.L.P.I.
ASL Napoli 3 SUD
- S E D E -

Oggetto: Trasmissione richiesta.

Si trasmette, per il seguito di competenza, la richiesta della dr.ssa Di Donato Rosa.
Con Osservanza,



Al Ref. Amm. ALPI
per competenza e
seguito -



Il Direttore Distretto 53
Dr. F. Prignano

AZIENDA SANITARIA LOCALE NA 3 SUD
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD
Responsabile: Dr.ssa A. SICILIANO

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
13 LUG. 2012
Protocollo n° 28/A
PERVENUTO

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud

Via Aldo de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia

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

Handwritten initials

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. D. DONATO ROSA C.P. ADMRS055476E224S

nato il 16-06-1955

In servizio presso l'U.O. di RIABILITAZIONE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio 53

DEL APP. 201 NEUROLOGIA

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: NEUROLOGIA
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. 81267924 Compagnia VMI POL

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

ASL
Ufficio ALPI
13 LUG. 2012
Protocollo n. 28/A
PERMESSO

FIRMA Rosa Alberto

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 3 - LP 1

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80133 Castellammare di Stabia

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

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr D. DONATORO nato il 16-06-1955
Dirigente di I livello, con incarico di NEUROLOGO presso l' Unità operativa
RIABILITAZIONE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
53 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 GRANANO prov NA CAP 80053
indirizzo VIA S. CATERINA 29 tel 0818335623747
nei giorni di VEDERDI - SABATO
con orario dalle ore 16 alle ore 18

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 Ronillo

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 3 - I.P. 6



Handwritten initials

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

ASL NAPOLI
 Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729080

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto D. DONATO ROSA nato il 16.06.1955
 dirigente di I livello, con incarico di NEUROLOGO presso l' Unità operativa
RIABILITAZIONE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

53 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

GRAGNANO (NAPOLI)
 Via S. CATERINA n. 29
 Cap 80053 Tel. 3356237657
 Comune _____ 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 5-6-2012

(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 **DI DONATO ROSA** # **397900**

Dat: **15/05/2003** Al: **1**
 Evento: **03013** **TRASFERIMENTO - MOBILITA' INTERNA**
 Titolare
 Sostituto:
 Note: **- PROV. GIUR. DEL 12/05/2003 [N. 3139 :]**
 Provvedimento:
 Figura **MEDDIR1L** **Dirigente medico**
 Contratto: **MEDV** **USL - Medici e Veterinari**
 Qualifica **M19+5E3** **Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn >15 anni**
 Tipo Rapporto
 Attività: **4019** **NEUROLOGIA**
 Ore Settimanali: **Treatmento: MED**
 Centro di Costo: **10700000** Funzionale:

Suddivisione
ANA5 **01.07.05.00**
 Rec.Ass.Cont: **0**
 Gestione: **ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SLID EX ASL NA 5**
 STRUTT: **D1-DISTR.SANIT. - DISTRETTI SANITARI DI BASE**
 LUC: **01.07.00.00 - D.S. - 80 - CMARE DI STABIA**
 LUS: **01.07.05.00 - POLIAMBULATORIO-DS-80-CMAF**
 Aggiornamento
 Data: **26/12/2007**
 Utente: **ADS**
 Sede **DIS80** **DIST. CMARE DI STABIA**

M

BL

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. 62586 in data 10/10/12

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

[Signature]

10 OTT. 2012

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA

A:

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