

OGGETTO: **Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. PICCOLO Aurelio. – U.O. Salute Mentale DS53.**

**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. **PICCOLO Aurelio** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS53; 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 **Castellammare di Stabia – Via Roma n.37/A**;

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. **PICCOLO Aurelio, Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS53** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **PICCOLO Aurelio**, 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 **Castellammare di Stabia alla Via Roma n.37/A**, 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

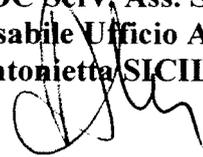


A

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

A

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. **PICCOLO Aurelio**, 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 **Castellammare di Stabia alla Via Roma n.37/A** nel rispetto della normativa vigente;

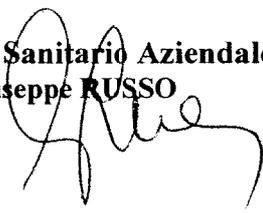
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

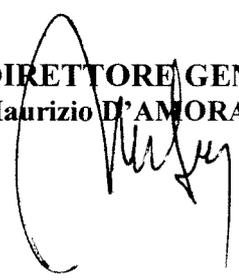
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**





aslnapoli3sud

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

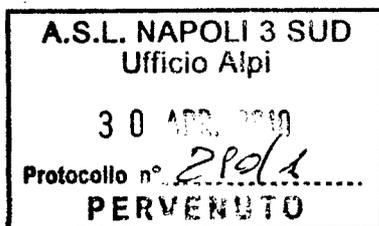
Prot. 945 del 31/03/2010

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

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr. Aurelio Piccolo.

Avendo verificato l'istanza della Dr. Aurelio Piccolo, Dirigente Medico della U.O.S.M. di Castellammare di Stabia, 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.

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



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 E
INTRAMOENIA**

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. AVRELIO PICCOLO C.F. PCC MLA 58 E06 C114 X
nato il 06/5/1958

In servizio presso l'U.O. di C/MAME NI STAMIA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio D. S. M.

DELLA P.A.P. LA : PSICHIATRIA

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: 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

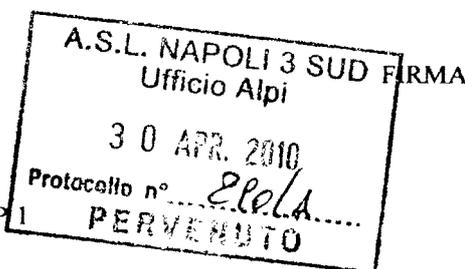
Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. 447044455/05 Compagnia SAI

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

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1





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'
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

A

Il sottoscritto dr AVRELLIO RICCOLO nato il 06/5/1958
dirigente di I livello, con incarico di RESPONSABILE S.S. DAY-HOSPITAL presso l' Unità operativa
VOM dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
D. S. M. 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



indirizzo C/MARE di STABIA prov NA CAP 80053
VIA ROMA 32/A tel 333 8651955
nei giorni di LUNEDI

con orario dalle ore 20,00 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
PI/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 AVMELIO RICCOLO nato il 06/15/1951
dirigente di I livello, con incarico di RESPONSABILE S. P. DAY-HOSPITAL presso l' Unità operativa
UOSM dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
S. S. M. 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

C/MARE DI STABIA

Via ROMA n. 371A

Cap 80053 Tel. 339 2651255

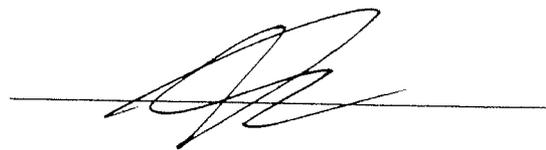
Comune C/MARE DI STABIA Prov. NA

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 _____



(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

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

**ELENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA
 PROFESSIONE INTRAMURALE DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA
 EQUIPE**

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds _____
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds _____
 All'Ufficio ALPI _____

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr AURELIO PICCOLO nato il 06/5/58 matricola 4225

oppure

dall' equipe _____

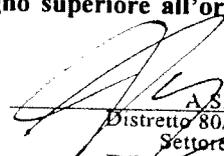
nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa/reparto SALUTE MENTALE Ospedale/distretto 53

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>VISITA PSICHIATRICA AMOVLATORIALE</u>	<u>200,00 €</u>	<u>50 min.</u>
<u>VISITA PSICHIATRICA RELAZIONATA</u>	<u>250,00</u>	<u>50 min.</u>
<u>SERVIZIO DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE</u>	<u>200,00</u>	<u>50 min.</u>
<u>SERVIZIO DI PSICOTERAPIA DI COPPIA</u>	<u>200,00</u>	<u>50 min.</u>
<u>VISITA PSICHIATR. DOMICILIARE (ENTRA 20 Km)</u>	<u>150,00</u>	
<u>VISITA PSICHIATR. DOMICIL. (OLTRE 20 Km)</u>	<u>200,00</u>	
<u>CONSULENZA TECNICA</u>	<u>(NA MANDATO)</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 
 A.S.L. NAPOLI 5
 Distretto 80/90 - Tel. 081.8729585
 Settore Dip. Sal. Ment.
DR. AURELIO PICCOLO
 Matr. 4225
 Responsabile Day-Hospital



divisione
SAI

Agenzia 205

Appendice a polizza n. 99204495505

Contraente PICCOLO AURELIO

Codice Fiscale/ Partita IVA PCCRLA58E06C129X

Indirizzo V. TAVERNOLA 41 80053 CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)

A parziale deroga di quanto indicato nel libretto di polizza e nella scheda di polizza, fra le Parti si conviene quanto segue:

- la polizza si intende prorogata per un ulteriore anno rispetto alla scadenza prevista per il 20/04/2010 e pertanto il contratto terminerà alla scadenza del 20/04/2011. In tale data e in mancanza di disdetta, l'Assicurazione si intende tacitamente prorogata per un altro anno e così successivamente.

Il premio lordo annuo di polizza previsto per la prossima annualità si intende variato e pari complessivamente a € **666,50**, ferme tutte le altre condizioni di polizza;

- la nuova rata di premio di polizza sarà pertanto così ripartita:

- Premio netto € **272,80**

- imposte € **60,45**

Totale Rata di Premio lordo € 333,25

Fermo il resto

IL CONTRAENTE

Il pagamento della rata di premio di € **333,25** è stato effettuato oggi a mani del sottoscritto.

FONDIARIA - SAI
Assistenza Tecnica Rischio di Massa

27.4.2010

L'AGENTE

PICCOLO AURELIO # 422500

Dal: 01/04/2007 Al: []

Evento: 04012 APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO
 Titolare

Sostituto:

Note: DETERMINA IN CORSO DI ADOZIONE

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: 11900000 Funzionale: []

Suddivisione

ANAS 01.19.04.01 Rec.Ass.Cont: 0

Gestione: ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5

STRUTT: 01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

SERV: 01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE

UFF: 01.19.04.01 - DSM-U.O.(CMARE-GRAGNANO-C)

Aggiornamento

Data: 08/01/2010

Utente: STARACE

Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE



Handwritten signature

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:

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
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	