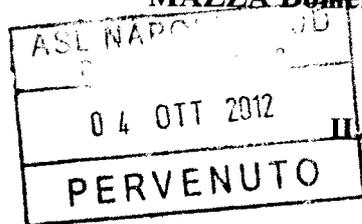


OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. MAZZA Domenico. – U.O. Salute Mentale – DS57.



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

M

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. **MAZZA Domenico** – Dirigente medico in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale – U.O. di Torre del Greco; 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 **Torre del Greco – Via Circumvallazione n.20**;

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. **MAZZA Domenico**, **Dirigente medico presso il Dipartimento di Salute Mentale** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

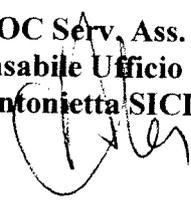
- Di autorizzare il Dr. **MAZZA Domenico**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre del Greco alla Via Circumvallazione n.20**, nel rispetto della normativa 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. **MAZZA Domenico**, 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 **Torre del Greco alla Via Circumvallazione n.20** nel rispetto della normativa vigente;

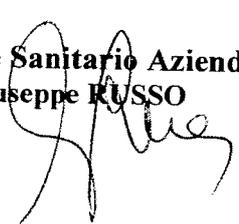
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

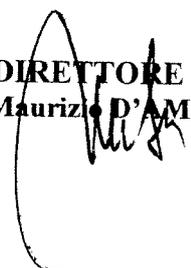
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**



ASL
3 SUD
Stabia
NE CAMPIANO

Mazza

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

AI

MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMOENIA

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr MAZZA DOMENICO C.F. MZZ DNC 62R26 G902J

nato il 26.10.1962

In servizio presso l' U.O. di TORRE DEL GRECO dell' Ospedale/ Distretto/ Servizio U.O.S.M. 57

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 _____



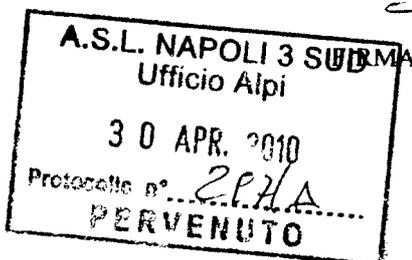
Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI

Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia FONDIARIA - SAI

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

Domenico Mazza



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

A

ELENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN FIRMA
 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 MAZZA DOMENICO nato il 26.10.1962 matricola 443400

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa/reparto U.O.S.M. 57 Ospedale/distretto 57 D.S.M.

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
VISITA PSICHIATRICA AMBULATORIALE	€ 100,00	
VISITA PSICHIATRICA + VALUTAZIONE TESTS	€ 120,00	
CONTROLLO FARMACOLOGICO AMBULATORIALE	€ 80,00	
SEDUTA PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 70,00	
SEDUTA PSICOTERAPIA DI COPPIA	€ 110,00	
CICLO DI 5 SEDUTE PSICOTERAPIE INDIVIDUALI	€ 350,00	
CICLO DI 5 SEDUTE PSICOTERAPIE DI COPPIA	€ 550,00	
CONTROLLO FARMACOLOGICO + PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 130,00	
CONTROLLO FARMACOLOGICO + PSICOTERAPIA DI COPPIA	€ 160,00	
CERTIFICAZIONE	€ 60,00	
VISITA PSICHIATRICA AMBULATORIALE + CERTIFICAZIONE	€ 160,00	
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE ENTRO 10KM	€ 125,00	
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE ENTRO 10KM + CERTIFICA.	€ 180,00	
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE OLTRE 10KM	€ 150,00	
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE OLTRE 10KM + CERTIF.	€ 210,00	
CONTROLLO FARMACOLOGICO DOMICILIARE ENTRO 10KM	€ 110,00	
CONTROLLO FARMACOLOGICO DOMICILIARE OLTRE 10KM	€ 130,00	
RELAZIONE SPECIALISTICA MEDICO LEGALE	€ 260,00	
RELAZIONE SPECIALISTICA MED. LEG. CON ACCOMPAGNA- MENTO ALLA SEDE	€ 370,00	



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 Domenico Mazza

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

Al

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

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr MAZZA DOMENICO nato il 26.10.1962
dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURASEMPLICE DAY HOSPITAL presso l'Unità operativa
DI SALUTE MENTALE 57 dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
57 di TORRE DEL GRECO
DR. MAZZA S. PSICHIATRA 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 TORRE DEL GRECO prov NA CAP 80059
indirizzo VIA CIRCUMVALLAZIONE N° 20 tel 081.8817426-3496372183
nei giorni di MERCOLEDÌ - VENERDÌ

con orario dalle ore 17.00 alle ore 19.00
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 Domenico Mazza

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

AM

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr MAZZA DOMENICO nato il 26.10.1962

dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURA SEMPLICE DAY HOSPITAL presso l' Unità operativa
di SALUTE MENTALE 57 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

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 CIRCUMVALLAZIONE n. 20

Cap 80059 Tel. 081.8817426 - 3496372183

Comune TORRE DEL GRECO 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 23 Marzo 2010

Domenico Mazza

(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 MAZZA DOMENICO # 443400

Dal: 01/12/2008 Al:
 Evento: 04012 APPL. ART. 5 CCNL DIR. 88/01 RAPPORTO ESCLUSIVO
 Titolare:
 Sostituto:
 Note: d.d. 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:
 Centro di Costo: Funzionale:
 Trattamento: MED

Suddivisione
 ANA5 01.19.04.06
 Gestione: ANA5 - 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: 01.19.04.06 - DSM-U.O. (TORRE DEL GRECO)
 Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE
 Rec.Ass.Cont: 0
 Aggiornamento
 Data: 08/08/2011
 Utente: STARACE

DI



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]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 10 OTT. 2012 **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	
<input checked="" type="checkbox"/>	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	