

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. TAVORMINA Maurilio Giuseppe Maria. – U.O. Salute Mentale – DS57.

ASL NAPOLI 3 SUD
Direzione Generale
04 OTT 2012
PERVENUTO

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

Al

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. **TAVORMINA Maurilio Giuseppe Maria** – 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 **Portici – Viale Leone n.4/F**;

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. **TAVORMINA Maurilio Giuseppe Maria**, Dirigente medico presso il **Dipartimento di Salute Mentale** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

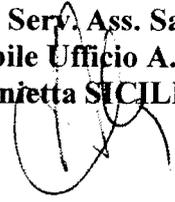
- Di autorizzare il Dr. **TAVORMINA Maurilio Giuseppe Maria**, Dirigente medico del DSM-disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Portici al Viale Leone n.4/F**, nel rispetto della normativa 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

CAMPANIA
ASL SUD
Stabia

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. **TAVORMINA Maurilio Giuseppe Maria**, 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 **Portici al Viale Leone n.4/F** nel rispetto della normativa vigente;

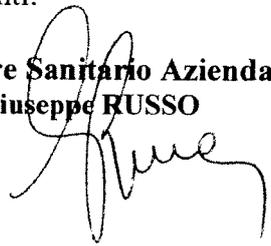
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

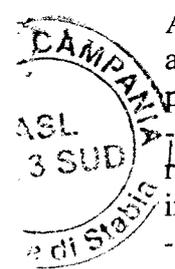
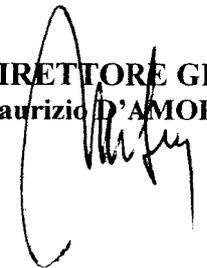
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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. 943 del 24/03/2010

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

DM

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr. Maurilio Tavormina.

Avendo verificato l'istanza della Dr. Maurilio Tavormina, 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° 306/A
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. MARILIO GIUSEPPE MARIA TAVORMINA C.F. TVRHLG52529F1580
nato il 29/11/1952

In servizio presso l'U.O. di Torre del Greco dell'Ospedale/Distretto/ Servizio UOSM 52
DESC. APP. 2 A) 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 _____

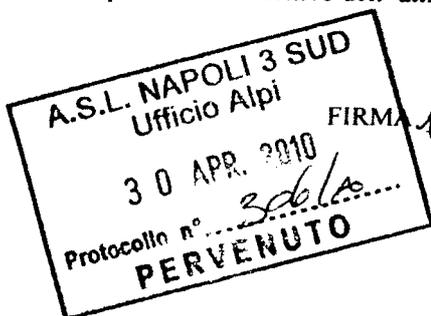
U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia FONDIARIA SAI

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

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1



FIRMA

Mariolino Giuseppe Maria Tavormina

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

Al

ELenco DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN FIORI 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 MAURILIO GIUSEPPE MARIA TAVORMINA nato il 29/11/52 matricola 292800

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa/reparto UOSM 57 Ospedale/distretto DSM ASL Na 3 Sud DISTRETTO 5

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
VISITA PSICHIATRICA	€ 100,00	
VISITA PSICHIATRICA + VALUTAZIONE TESTS	€ 120,00	
VISITA PSICHIATRICA CONTROLLO	€ 80,00	
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE	€ 150,00	
SEDUTA DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 70,00	
SEDUTA DI PSICOTERAPIA DI COPPIA	€ 110,00	
CIRCOLO DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 350,00	
CIRCOLO DI PSICOTERAPIA DI COPPIA	€ 550,00	
VISITA PSICHIATRICA CON CERTIFICAZIONE	€ 150,00	
RELAZIONE SPECIALISTICA MEDICO-LEGALE	€ 250,00	
RELAZIONE SPECIALISTICA MEDICO-LEGALE CON ACCOMPAGNAMENTO IN SEDE	€ 350,00	



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 Maurilio Giuseppe Maria Tavormina

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

RICHIESTA PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE
IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE
E PER LA PRENOTAZIONE DI STANZE A PAGAMENTO

Prot.n. _____ del _____

Al Sig. Direttore Sanitario
PO / Ds / Servizio Centrale
Al Responsabile Ufficio ALPI _____ S E D E

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ CAP _____ via _____

tel _____ codice fiscale _____

dovendo ricevere, su prescrizione del proprio medico di fiducia, il seguente trattamento sanitario:

Ambulatorio day hospital/day surgery ricovero ordinario

chiede che tale prestazione venga erogata presso codesta A.S.L. Napoli 3 sud, previa iscrizione nella corrispondente lista d'attesa, in regime di libera attività professionale

dal dott. _____ matricola _____

oppure dalla equipe _____

Ospedale/Distretto Servizio Centrale _____ Unità Operativa _____

DICHIARA

- 1 - di sapere che la prestazione di cui necessita potrebbe essere erogata gratuitamente dal S.S.N.;
- 2 - di sapere che il costo della prestazione richiesta è di

euro + euro di costi aziendali e di accettarlo;

3 - di versare l'importo prima della prestazione;

4 - di richiedere non richiedere una stanza con particolare comfort alberghiero per euro 100 al giorno.

5 - di versare alla ASL il 30% del valore del corrispondente DRG (art. 28 L.488/99) pagando un anticipo di 150 euro

FIRMA _____

Prenotato/a per la data _____ ora _____ numero della prenotazione _____

Per il ricovero il paziente si dovrà presentare all'ufficio accettazione munito di documento di riconoscimento, della richiesta del medico curante, del codice fiscale.

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

CAI

MODULO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI COLLABORATORI
PER PRESTAZIONI IN REGIME DI
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E INTRAMURALE INDIVIDUALE

Al Sig. Direttore Sanitario
Al Sig. Direttore Amministrativo
PO/ Ds / Servizio Centrale _____
Al Responsabile Ufficio ALPI _____ S E D E

Il sottoscritto Dr _____ nato il _____ matricola _____

comunica di essere stato scelto, in regime di libera professione individuale, dal

Sig. _____ nato il _____

per questa prestazione _____

per questa tariffa _____

e di aver scelto, per il trattamento del suddetto paziente, i seguenti collaboratori con i quali dividere la quota "dirigente o equipe", secondo le modalità previste dal Regolamento aziendale:

ASL NAPOLI 3

Nome e Cognome	Matricola	Qualifica*
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(* Dirigente, tecnico, infermiere, ausiliario)

Autorizza nel contempo a suddividere la predetta tariffa fra tutti i collaboratori, secondo quanto previsto dal regolamento aziendale.

PROT _____ DATA _____ FIRMA _____
Alpi/gv

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

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

CA

Il sottoscritto dr MAURILIO GIUSEPPE MARIA TAORMINA nato il 25/11/1952
dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURA SEMPLICE presso l' Unità operativa
DI SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
57 DI TORRE DEL GRECO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.
DELLA SPIAZZA - PSCUNATA **CHIEDE**

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

città PORTICI prov NA CAP 80055
indirizzo VIALE LEONE 4/F tel 081-481711
nei giorni di LUNEDI - VENERDI
con orario dalle ore 16.00 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 Maurilio Giuseppe Maria Taormina

Alpl/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 MAURILIO GIUSEPPE MARIA TAUBRMINA nato il 29/11/1952
dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURA SEMPLICE presso l' Unità operativa
DI SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
57 sh 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 LE LEONE n. 4/F

Cap 80055 Tel. 081-481711

Comune PORTICI 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 TAYORMINA MAURILIO GIUSEPPE MA # 292800

Dal: 01/01/2002 Al:
 Evento: 04004 NOMINA INCARICO STRUTTURA SEMPLICE
 Titolare:
 Sostituto:
 Note: - PROV.V. GIUR. DEL 31/12/2001 (N. DEL.1263 : CENTRO DIURNO D.S.M. DISTRE
 Provvedimento:
 Figura MEDDIRSS Dirigente medico con incarico struttura semplice
 Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari
 Qualifica M110E3 Medico I Liv. Dir. Ex 10^ - ssn >15 anni
 Tipo Rapporto SS Incarico di Struttura semplice
 Attività: 4023 PSICHIATRIA
 Ore Settimanali:
 Centro di Costo: 11900000 Funzionale:
 Trattamento: MED

Suddivisione ANA5 01.19.04.06 Rec.Ass.Cont: 0
 Gestione: ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5
 STRUTT: 01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
 SERV: 01.19.04.00 - DSM-LINTEA' OPERATIVE
 UFF: 01.19.04.06 - DSM-U.O (TORRE DEL GRECO)
 Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE
 Aggiornamento
 Data: 26/12/2007
 Utente: ADS

AI

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. 6756 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

M

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	
<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	