

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr.

SAGRISTANI Marco – P.O. Sorrento.

ASL NA3 SUD Direz. Generale
04 OTT 2012
PERVENUTO

**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. **SAGRISTANI Marco** – Dirigente medico – disciplina **EMATOLOGIA** in servizio presso il P.O. di Sorrento; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **EMATOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **S.Agnello – Via Maianiello 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. **SAGRISTANI Marco**, **Dirigente medico –disciplina EMATOLOGIA** presso il **P.O. di Sorrento** è appartenente alla disciplina di **EMATOLOGIA**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **SAGRISTANI Marco**, dirigente medico-disciplina Ematologia, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **EMATOLOGIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **SAGRISTANI Marco**, Dirigente medico del P.O. di Sorrento - disciplina Ematologia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **EMATOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **S.Agnello alla Via Maianiello 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

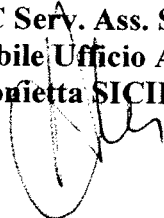


Handwritten signature or initials.

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. **SAGRISTANI Marco**, Dirigente medico del P.O. di Sorrento- disciplina Ematologia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **EMATOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **S.Agnello alla Via Maianiello n.20** nel rispetto della normativa vigente;

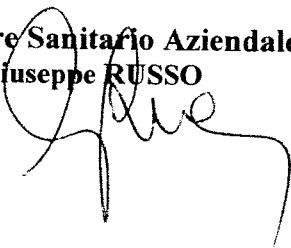
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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
MA 3 SUD
C. maianiello

x King Office ALPI/ASC
Dott. V. Diello .F

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

f. Casaperta e nipote

3/3/2012

Prot. n. _____ del _____ Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. **MARCO SAGRISTANI** CF **SGRNRC69D27I208A**
nato il **27/04/1969**

In servizio presso l'U.O. di **MEDICINA** dell'Ospedale/Distretto/ Servizio **SORRENTO**
BASE APP. ZA EMATOLOGIA
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: **EMATOLOGIA**

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS, 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, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS

Struttura _____ U.O. _____

CONVENZIONE RC PROFESSIONALE
COLPA GRAVE

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia **AM TRUST**

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

FIRMA **Marco Sagristani**

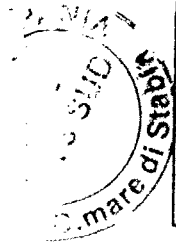
Alpi/gv

Mod ASI Napoli 33 LP 1

29/03/2012

1013

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
29 MAR 2012
SILA



AK

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

AI

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

Prestazioni effettuabili dal dr MARCO SAGRISTANI nato il 27/04/1969 matricola 873397

oppure

dall'equipe

nella disciplina

EMATOLOGIA

Unità Operativa/reparto

NECUNA

Ospedale/distretto

SORRENTO

Prestazione e/o intervento chirurgico

Prestazione e/o intervento chirurgico	tariffa	Tempo (minuti)
<u>VISITA SPECIALISTICA EMATOLOGICA (1^a VISITA)</u>	<u>EUR 100</u>	<u>60</u>
<u>VISITA SPECIALISTICA EMATOLOGICA (CONTROLLO)</u>	<u>EUR 80</u>	<u>45</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

Marco Sagristani

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
PECF 0249771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

UFFICIO ALPI
CORTESE NERODELLAMARCA
CORTESE NERODELLAMARCA

CAI

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr MARCO SAGRISTANI nato il 27/04/1969
dirigente di I livello, con incarico di DIRIGENTE MEDICO ATEMP IN DETERMINATO presso l'Unità operativa
MEUCNA dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
SORRENTO 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

ASSE - ABBAZIA S. EMATOCOCIA N. 8
città SANT'AGNELLO prov NA CAP 80065

indirizzo VIA MALANIELLO 20 tel 3395216939

nei giorni di DAL LUNEDI AL VENERDI (COMPATIBILMENTE CON I TURNI DI SERVIZIO OSPEDALIERI)

con orario dalle ore 18:00 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

PROF _____ DATA 29/02/2012 FIRMA Marco Sagristani

Alpegv

Mod Asl Napoli 3 - LP 6



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

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr MARCO SAGRISTANI nato il 27/04/1969

dirigente di I livello, con incarico di IMPEGNE NEMCO A TEMPO INDETERMINATO presso l'Unità operativa
MEDICINA dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

SORRENTO 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

SANT'AGNELLO (NA)

Via MAIANIELLO n. 20

Cap 80065 Tel. 3395216939

Comune SANT'AGNELLO 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 29/02/2012

Marco Sagristani

(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 **SAGRISTANI MARCO** # **873397**

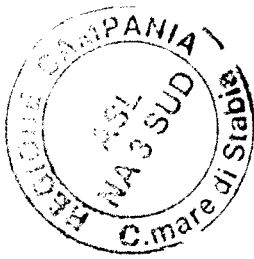
Dat: **01/05/2009** Al: **1**
 Evento: **04013** **APPL. ART. 4 E 5 CNL DIR. 98/01 RET. POS. E RAPP. ESCL**
 Titolare: _____
 Sostituto: _____
 Note: _____
 Provvedimento: **D.D. - 688 / 2012**
 Figura: **MEDDIR1L** **Dirigente medico**
 Contratto: **MEDV** **USL - Medici e Veterinari**
 Qualifica: **M19+5E2** **Medico Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn 5/15 anni**
 Tipo Rapporto: _____
 Attività: **4005** **EMATOLOGIA**
 Ore Settimanali: _____ **Treatmento: TMED**
 Centro di Costo: **10500000** Funzionale: _____

Suddivisione
ANA5 **01.05.14.00** **Rec.Ass.Cont: 0**
Gestione: ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5
STRUTT: 01 - PRES. OSPED. - PRESIDI OSPEDALIERI
UOC: 01.05.00.00 - P.O. - S.M. DELLA MISERICORDIA
UOS: 01.05.14.00 - MEDICINA - P.O. - S.M. DELLA MISE
Aggiornamento
Data: 19/07/2012
Utente: STARACE
Sede: PO003 P.O SORRENTO



Handwritten signature or initials.

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. 63546 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	