

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

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

ASL NAPOLI 3 SUD Direzione Generale
18 OTT 2012
PERVENUTO

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. **ORAZZO Catello** – 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 Carducci n.02**;

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

RITENUTO:

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

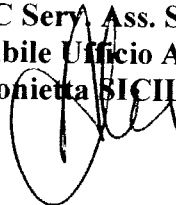
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **ORAZZO Catello**, 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 Carducci n.2**, 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 e della nota pervenuta al prot. Ufficio

ALPI in data 01.12.'11, allegate 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. **ORAZZO Catello**, 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 Carducci n.2** nel rispetto della normativa vigente;

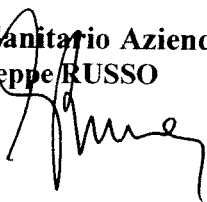
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 e della nota pervenuta al prot. Ufficio ALPI in data 01.12.'11, allegate alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe 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;

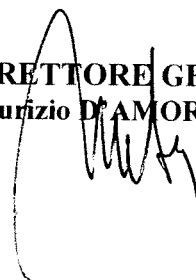
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**



CAMPANIA
31
SUD
Il Stabile

di ORAZZO CADELLO # 422600

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:
 Centro di Costo: 11900000 Funzionale:
 Trattamento: MED

Suddivisione ANA5 01.19.04.01 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-UNITA' OPERATIVE

UFF: 01.19.04.01 - DSM-U.O.(MARE-GRAGNANO-C

Aggiornamento
Data: 08/01/2010
Utente: STARACE

Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE



Handwritten mark 'AI'



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. 946 del 31/03/2010

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

17

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr. Catello Orazio.

Avendo verificato l'istanza della Dr. Catello Orazio, 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.



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

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Uffici Alpi
30 APR. 2010
Protocollo n° 301A
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 E
INTRAMOENIA

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. CATELLO ORAZIO C.F. RZZCLL61C07GP130

nato il 7-3-1961

In servizio presso l'U.O. di C/MARE DI STABIA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSM

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.

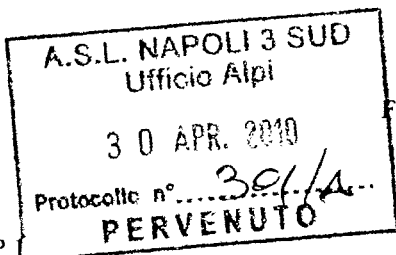
Disciplina _____

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. 611/7/53 Compagnia Italo Assicurazioni

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



FIRMA

Stefano Oratio

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP

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 CATELLO ORAZZO nato il 7-3-61
dirigente di I livello, con incarico di RESPONSABILE S.S. DSM presso l' Unità operativa SALUTE MENTALE
dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DSM 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

CASTELLAMMARE DI STABIA

Via DEL GESU' n. 3

Cap 80053 Tel. 3385203034


Comune CASTELLAMMARE 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

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

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr CATELLO ORAZZO nato il 7-3-1961
dirigente di I livello, con incarico di DIRIG. STRUTTURA SEMPLICE presso l' Unità operativa
SALUTE MENTALE DISTR. 53 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

C/MARE DI STABIA
DELL' APP. 2A) PSICHIATRIA 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 C/MARE DI STABIA prov NA CAP 80053
indirizzo VIA DEL GESU' 3 tel ~~8803~~ 3385203039

nei giorni di MARTEDI E VENERDI'
con orario dalle ore 18 alle ore 20

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 12-6-10 FIRMA Catello

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

Al

**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 _____ **S E D E**

Prestazioni effettuabili dal dr CATELLO ORAZZO nato il 7-3-61 matricola 4226

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina _____

Unità Operativa/reparto _____ Ospedale/distretto _____

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>I VISITA</u>	<u>100 €</u>	<u>60</u>
<u>VISITA DI CONTROLLO</u>	<u>80 €</u>	<u>50</u>
<u>VISITA PSICHIATRICA RELAZIONATA</u>	<u>200 €</u>	
<u>PSICOTERAPIA</u>	<u>80 €</u>	<u>50</u>
<u>PSICOTERAPIA DI GRUPPO</u>	<u>50 €</u>	<u>90</u>
<u>VISITA DOMICILIARE (ENTRO 10 KM)</u>	<u>150 €</u>	
<u>VISITA DOMICILIARE (OLTRE 10 KM)</u>	<u>200 €</u>	
<u>CONSULENZA DI TECNICA</u>	<u>COME DA 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 *Catello Orazzo*

M. O. 3. P. S.

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 sud
Corso Alcide De Gasperi, 171
80053 CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)

Oggetto: variazione onorario per prestazioni ALPI e indirizzo studio del Dott. Catello Orazio, dirigente medico presso il DSM dell'ASL NA3 sud, matricola n. 422600

Il sottoscritto dott. Catello Orazio, comunica che dal 1 dicembre 2011 il tariffario viene modificato come segue:

CODICE	PRESTAZIONE	ONORARIO
	Visita psichiatrica ambulatoriale	Euro 80
	Seduta di psicoterapia individuale	Euro 80
	Seduta di psicoterapia di gruppo	Euro 50
	Visita psichiatrica domiciliare (entro 10 Km)	Euro 150
	Visita psichiatrica domiciliare (oltre i 20 Km)	Euro 200
	Consulenza tecnica	Come da mandato

Il dirigente in oggetto comunica, altresì, che il nuovo indirizzo dello studio per lo svolgimento dell'attività intramoenia è il seguente: via Carducci, n° 2. Castellammare di Stabia, cap 80053 (NA).

Castellammare di Stabia, 21 novembre 2011.

Dott. Catello Orazio

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
1 - Dic. 2011
Protocollo n° APILA
PERVENUTO

asnapoli3sud

ex asnapoli5

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 s
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
P.I. C.F. - N°06322711216
U.O. SALUTE MENTALE EX DISTR. 80/
Via G. Carrese, 22 - Castellammare di Stabia
Tel. 081.8729585 fax 081.8729586

Al Direttore Generale
dell'ASL NA 3 sud

All'Ufficio ALP I
ASL NA 3 sud

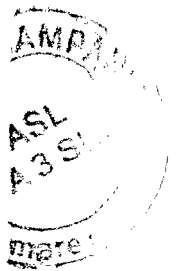
Oggetto: comunicazione esultiva richiesta per
studio un cliente ALP I

Il sottoscritto dott. GATELLO ORAZIO, nat. a 22000, dirigente medico di 2° livello presso la UO SM di Clinica di Stabia, concesso da e per me da oppi, il vecchio indirizzo per lo studio dedicato all'attività ALP I (via del Gesù n° 3, Clinica di Stabia NA) viene sostituito con seguente indirizzo: via Carducci n° 2, Clinica di Stabia. Distinti saluti.

Clinica di Stabia 16-12-2010

DOTT. GATELLO ORAZIO
Medico Chirurgo
Psichiatra
Inscr. Ord. Medici SA N.6874

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
20 DIC. 2010
Protocollo n. 225/A
PERVENUTO



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. 67119 in data 23 OTT. 2012

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

13

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 23 OTT. 2012 / _____ A:

<input checked="" type="checkbox"/> DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO COMITATO ETICO	
COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
SERV. GABINETTO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
SERV. AFFARI GENERALI	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
SERV. ANAL. E MONIT. FLUSSO INFOR	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
<input checked="" type="checkbox"/> SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	EX A.S.L. NA 4
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	EX A.S.L. NA 5
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 56	
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 58	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	DISTRETTO N. 59	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA NOLANA	
SERV. RISK MANAGEMENT	OO.RR. AREA STABIESE	