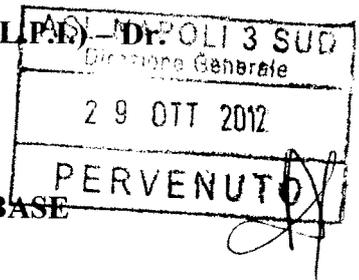




**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.)  
PISAURO Francesco. – U.O. Salute Mentale DS53.**



**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. **PISAURO Francesco** – 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 Mazzini n.32**;

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

**RITENUTO:**

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

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di autorizzare il Dr. **PISAURO Francesco**, 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 – Via Mazzini n.32**, 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. **PISAURO Francesco**, 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 – Via Mazzini n.32** nel rispetto della normativa vigente;

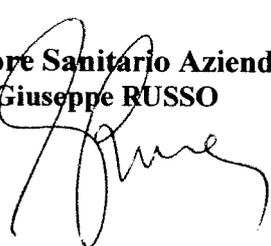
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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 : dipem@aslnapoli5.it  
www.aslnapoli5.it

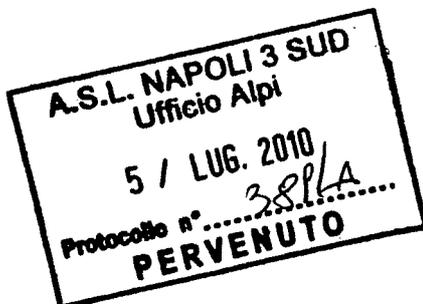
Prot. 1885 del 25/06/2010

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

**Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale del Dr. Pisauro Francesco.**

Avendo verificato l'istanza del Dr. Pisauro Francesco, Dirigente Psichiatra 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 BSM 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

Prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. FRANCESCO FRANCESCA

nato il 13/11/56 a Napoli

In servizio presso l'U.O. di Psichiatria dell'Ospedale/Distretto/ Servizio \_\_\_\_\_

ASSE. APP. LA. - DIST. CA. TAV. S.

**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: psichiatrica

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 \_\_\_\_\_

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

FIRMA \_\_\_\_\_

**A.S.L. NAPOLI 3 SUD**  
Ufficio Alpi  
5 / LUG. 2010  
Protocollo n° .....  
**PERVENUTO**

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 PISAURO FRANCESCO nato il 13/12/54  
dirigente di 2 livello, con incarico di psichiatra DSM presso l' Unità operativa  
Distretto ex 80-90 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
DSM

DESCRIZIONE PER CHIAMA AREA 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 Castellammare di Stabia prov NA CAP 80053  
indirizzo Via Marconi 32 tel 081-8712828  
nei giorni di giovedì e  
con orario dalle ore 1600 alle ore 2000  
è situato presso una struttura privata non accreditata ?

**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 11/6/00 FIRMA Francesco PISAURO  
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 14/10/10

Il sottoscritto dr PIPAURO FRANCESCO  
dirigente di II livello, con incarico di medico psichiatra nato il 13/11/54  
UOSM ex 80-90-DPM presso l' Unità operativa  
\_\_\_\_\_ dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

autorizzato ad effettuare l'attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso  
lo studio professionale, sito in \_\_\_\_\_ a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,  
\_\_\_\_\_ Castellammare di Stabia

Via Marconi 3 e n. \_\_\_\_\_  
Cap 80053 Tel. 081/872929

Comune Castellammare di Stabia Prov. NA

si ribadisce 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  
penale e comunque rilevante anche ai fini assicurativi.

27/10/10

Francisco

o soggetti ad autorizzazione all'esercizio gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove  
per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare  
à o che comportano un rischio per il paziente ai sensi del D.Lgs 2209/09 - art. 8/ter comma 2"



*Marco Tullo*



**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. 6903 in data 31 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

*[Signature]*

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA** 30 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	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
	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	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
	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	