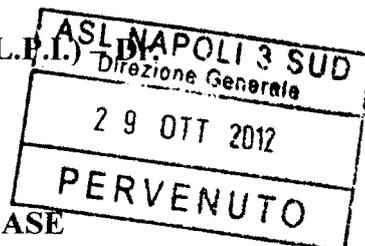


**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.)
BERNARDO Amato. – U.O. Salute Mentale DS55.**



**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E REPONSABILE 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. **BERNARDO Amato** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS55; 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 **Napoli – C.so Novara n.43**

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. **BERNARDO Amato, Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS55** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **BERNARDO Amato**, 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 **Napoli al C.so Novara n.43**, 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**



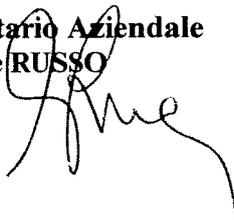
IL DIRETTORE GENERALE

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. **BERNARDO Amato**, 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 **Napoli al C.so Novara n.43** 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 RUSCO**



**IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Maurizio DAMORA**



Prot. n. 22/10 del 20/4/2010
UOS di Evulano

AL Direttore Generale
AL Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. Amato BERNARDINO

nato il 01/01/1968

dirigente di I livello, con incarico di dirigente Michela

presso l'Unità operativa

di Solerte Usciale di Evulano

~~dell'Ospedale - Distretto - Servizio Centrale~~

autorizzato ad effettuare l'attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso lo studio professionale, sito in NAPOLI

Via C/so NOVARA

n. 43

Cap 80142

tel. 081/287715

Comune NAPOLI

Prov. NA

del 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)
- e in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente
- e in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie
- e in regola circa di adempimenti, conformi alla normativa vigente, atti alla gestione di rifiuti speciali e/o pericolosi

Data 20/4/2010

Amato Bernardino

(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"

Prot 22/10
Uosoc Eredas

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

il sottoscritto Dr. **AMATO BERNARDO** nato il **01/01/1968**
Incaricato di I livello, con incarico di **DIRIGENTE PSICHIATRA** presso l'Unità operativa
DI SALUTE MENTALE DI ERCOLANO ~~tel. ospedale / Distretto / Servizio Centrale~~
INCL APP. 2A - PSICHIATRA a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud
PIEDE

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

città **NAPOLI** prov **NA** CAP **80142**

indirizzo **C/so NOVARA 43** tel **081/28 8215**

nei giorni di **MARTEDI' - MERCOLEDI'**

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

PROI _____ DATA **20/4/2010** FIRMA **Amato Bernardo**

UFFICIO ALPI
Tel. 081 8729080 - 8729502 Fax 081 8729507

Prot 22/10
UOSM Ercolano

Al Sig. Direttore Sanitario P.O.D.S.
Al Direttore Amministrativo P.O.D.S.
All'Ufficio ALPI

S.E.D.I.

Prestazioni effettuabili dal dr. Amato BERNARDO nato il 01/01/68 matricola 660600
(ex N.A.5)

dall'equipe

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa reparto UOSM ERCOLANO

ospedale/distretto

Prestazione e/o intervento chirurgico

tariffa

Tempo (minuti)

VISITA PSICHIATRICA (ambulatoriale) 80,00 60

VISITA PSICHIATRICA (domiciliare) 150,00 60

PSICOTERAPIA COGNITIVA (+relazione) 70,00 60

VISITA + RELAZIONE MEDICO LEGALE 250,00

SOMMINISTRAZIONE TEST PSICODIAGNOSTICI (+relazione) 150,00

CONSULENZA TECNICA DI PARTE (intero iter) 400,00



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 (D.G.R.C n.4061/01)

Il p. es.

20/4/2010

FIRMA

Amato Bernardo

di **BERNARDO AMATO** # **660600**

Dal: **01/08/2006** Al:
Evento: **04011** **APPL. ART.4 CCNL DIR.98/01 RETR. POSIZIONE**
Titolare

Sostituto:
Note: **Attribuzione indennità di retribuzione di posizione minima unificata**

Provvedimento: **D.D. - 982 / 2008**

Figura **MEDDIR1L** **Dirigente medico**

Contratto: **MEDV** **USL - Medici e Veterinari**

Qualifica **M19+5E2** **Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn 5/15 anni**

Tipo Rapporto :
Attività: **4023** **PSICHIATRIA**

Ore Settimanali:
Centro di Costo:
Funzionale:
Trattamento: **TMED**

Suddivisione

ANAS	01.19.04.02	Rec.Ass.Cort: 0
Gestione:	ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5	Agglomeramento Data: 28/01/2009 Utente: STARACE
STRUTT:	01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
UOC:	01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE	
UOS:	01.19.04.02 - DSM-U.O (ERCOLANO) - D.S.M	

Sede **DIP001** **DIP. DI SALUTE MENTALE**

APRESS

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. 69013 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

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	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	