

REGIONE CALABRIA
ASL NA3 SUD
2 NOV 2012
RICEVUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. GRAZIOSO DE PASCALE Aldo. – P.O. Castellammare di Stabia.

**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. **GRAZIOSO DE PASCALE Aldo** – Dirigente medico – disciplina **ORL** in servizio presso il P.O. di Castellammare di Stabia; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **ORL**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Sorrento – Via degli Aranci n.115; e presso il P.O. di appartenenza;**

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. **GRAZIOSO DE PASCALE Aldo**, è **Dirigente medico – disciplina ORL presso il P.O. di Castellammare di Stabia;**

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **GRAZIOSO DE PASCALE Aldo**, dirigente medico-disciplina **ORL**, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **ORL;**

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **GRAZIOSO DE PASCALE Aldo**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia - disciplina **ORL**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **ORL**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Sorrento – Via degli Aranci n.115; e presso il P.O. di appartenenza**, 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

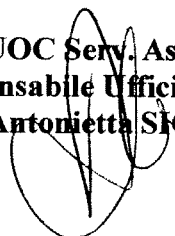


A

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. **GRAZIOSO DE PASCALE Aldo**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia- disciplina **ORL**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **ORL**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Sorrento – Via degli Aranci n.115**; e presso il **P.O. di appartenenza**, nel rispetto della normativa vigente;

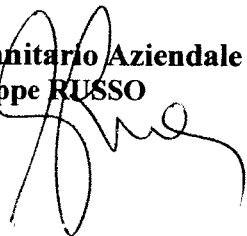
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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 DAMORA**



Regione Campania
 Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
 Corso Alcide de Gasperi/167 - 80053 Castellammare di Stabia
 P.027 0249771212
UFFICIO ALPI
 Tel. 081/732980 - 8729801 Fax 081/7329807

[Handwritten signature]

COMPLESSO DELLE PRESSIONI EFFETTIVAMENTE
 RENDIMENTI INTERAMBIENTALE DAL SINGOLO DIRIGENTE

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

SEDE

Pressioni effettive del dr. GRUOSO DE PASCALE ALDO nato il 04/04/1952 matricola 535405

oppure

Unità Equipa

Settore disciplina

ORL

Unità Operativa/risorsa

Operatività/risorsa

Previsione ore intervento chirurgico

Costo

Tempo (minuti)

VISITA ORL

€ 100/100 (costo)

30'

Dal data 24/07/2009 - 2012 - capitolo 5 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività commercialmente
 all'attività istituzionale ed istituzionale per compiere per conto di terzi o per conto di attività ospedaliere e
 questa circostanza per i compiti istituzionali risulta un impegno superiore all'orario di servizio effettivamente
 prestato (DGRG n. 4061/01)

APV

FIRMA

[Handwritten signature]

Mod Asl Napoli 3 - LP 3



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
 P.I.C.F. 0249771212
UFFICIO ALPI
 Tel. 081/8729000 - 8729502 Fax 081/8729507

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot. n. _____ del _____

Al Direttore Generale
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto di GRALISSO DE PASCALE ALDO nato il 04/02/1953

dirigente di I livello, con incarico di ORL presso l'Unità operativa _____ dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale _____

autorizzato ad effettuare l'attività libera 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.

SORRENTO
 Via DEGLI ARACI n. 145
 Cap 80067 Tel. 3356484564
 Comune SORRENTO 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 gli 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 contenziosa rilevante anche ai fini assicurativi.

data 10.07.2012

[Signature]

(1) * sono soggetti ad autorizzazione all'esercizio gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ed 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 **GRAZIOSO DE PASCALE ALDO** # **535100**

Data: 05/05/2011 **At:**
Evento: 04007 **REVOCA INCARICO STRUTTURA SEMPLICE**
TFR Titolare
Sostituto:
Note: revoca incarico di Struttura Semplice con decorrenza dal 16/04/2008 - comun. av
Provvedimento: NOTA - 24052 / 2010
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: 4112 **OTORINOLARINGOIATRIA**
Ore Settimanali: **Trattamento:** MED
Centro di Costo: 10100000 **Funzionale:**

Suddivisione
ANA5 01.01.10.27 **Rec.Ass.Cort:** 0
Gestione: ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5
STRUTT: 01 - PRES. OSPED. - PRESIDI OSPEDALIERI
UOC: 01.01.10.00 - P.O. - SAN LEONARDO - CMARE I
UOS: 01.01.10.27 - OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. -
Aggiornamento
Data: 20/05/2011
Utente: 1013
Sede PO001 **P.O. SAN LEONARDO**



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Fullo)

Marco Fullo

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. 71791 in data 09 NOV. 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 08 NOV. 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	
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
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	