

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. SORRENTINO Gerardo. – P.O. Castellammare di Stabia.

**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. **SORRENTINO Gerardo** – 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 **Torre del Greco – Via Mons. Felice Romano n.1; 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:

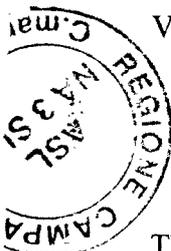
- Che il Dr. **SORRENTINO Gerardo**, è **Dirigente medico – disciplina ORL presso il P.O. di Castellammare di Stabia;**

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **SORRENTINO Gerardo**, 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 **Torre del Greco – Via Mons. Felice Romano n.1; 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



[Handwritten signature]

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. **SORRENTINO Gerardo**, 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 **Torre del Greco – Via Mons. Felice Romano n.1;** 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**

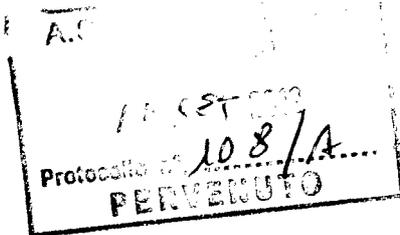
**IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Maurizio D'AMORA**



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

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729080



Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. SORRENTINO GERARDO C.F. SRR GRD 59L 24 F 839A

nato il 21-07-1959

In servizio presso l'U.O. di O.R.L. dell'Ospedale/Distretto/ Servizio S. LEONARDO

Dist. APP. 2a OTORINOLARINGOLOGIA ATENA M.B.

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: OTORINOLARINGOLOGIA

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 _____

Alpi/gv

Mod. As. n. 10/05 - ALPI

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

A

UFFICIO ALPI
UFFICIO ALPI
UFFICIO ALPI

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr SORRENTINO GERARDO nato il 21-07-1959
dirigente di I livello, con incarico di OTORINOLARINGOIATRA presso l' Unità operativa
OTORINOLARINGOIATRA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
S. LEONARDO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,
DESC. APP. 20 : OTORINOLARINGOIATRA
CHIEDE

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

PROFESSIONISTA
città TORRE DEL GRECO prov NA CAP 80059
indirizzo VIA MONS. FELICE ROMANO, 1 tel 081-8812306 / 3338374227
nei giorni di LUNEDÌ - MERCOLEDÌ - VENERDÌ
con orario dalle ore 18,00 alle ore 20,00

è situato presso una struttura privata non accreditata ? no si

2° studio

città PREZIO DI APPARENENZA prov _____ CAP _____
indirizzo P.O. "SAN LEONARDO" tel _____
nei giorni di MARTEDÌ - GIOVEDÌ (COMPATIBILI CON I TURNI DI SERVIZIO)
con orario dalle ore FUORI ORARIO DI SERVIZIO alle ore 15,00 -> 16,00

è situato presso una struttura privata non accreditata ? no si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
14 SET 2012
Protocollo n° 108/A
PERVENUTO

PROT _____ FIRMA _____

Alpi/gv

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 SORRENTINO GERARDO nato il 21-07-1959
dirigente di I livello, con incarico di OMNIAURINCOLATA presso l' Unità operativa
O.R.L. dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
P.O. SAN LEONARDO 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

TORRE DEL GRECO

Via VIA S. FEL. ROMANO, 1 n. _____

Cap 80059 Tel. 081 8812306

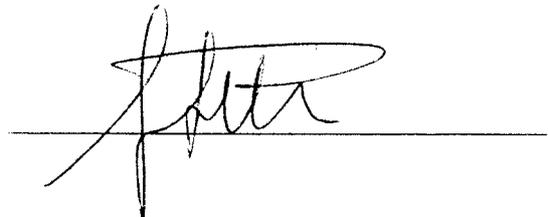
Comune TORRE DEL GRECO Prov. NA

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 _____



(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 **SORRENTINO GERARDO** # **382300**

Dal: **01/08/2005** Al:

Evento: **04012** **APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO**
 Titolare

Sostituto:

Note: **d.d. in corso di adozione**

Provvedimento:

Figura **MEDDIRSS** **Dirigente medico con incarico struttura semplice**

Contretto: **MEDV** **IUSL - Medici e Veterinari**

Qualifica **M19+5E3** **Medico I Liv. Dir. Ex 9° +5 anni - sen >15 anni**

Tipo Rapporto . **SS** **Incarico di Struttura semplice**

Attività: **4112** **OTORINOLARINGOIATRIA**

Ore Settimanali: Trattamento: **MED**

Centro di Costo: **10100000** Funzionale:

Suddivisione

ANA5 **01.01.10.27** **Rec.Ass.Cont: 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

Date: **15/03/2011**

Utente: **STARACE**

Sede **PO001** **P.O. SAN LEONARDO**

[Handwritten signature]



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. 7179 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

_____ A

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	
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 56	EX A.S.L. NA 5
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	