

**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;

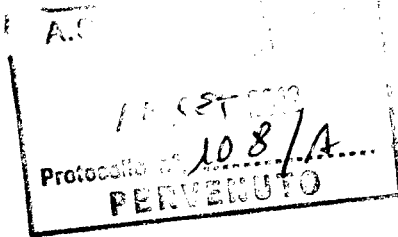
- Il Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., sarà responsabile in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i conseguenziali adempimenti.

**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

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

Al Direttore Sanitario \_\_\_\_\_  
Al Direttore Amministrativo \_\_\_\_\_  
PO / Ds / Servizio Centrale \_\_\_\_\_  
Al Responsabile Ufficio ALPI \_\_\_\_\_

E' costituita la seguente equipe chirurgie ambulatoriali ricostruttive del

Unità Operativa O.R.L. Ospedale/~~distretto~~/Servizio Centrale S. Leonardo <sup>valta</sup>

Capo equipe Dr. SORBENTINO gli altri componenti sono:

Cognome e nome	firma	Matricola	Qualifica*
<u>D'APICE</u>	<u>HONIPA Monica D'Apice</u>	<u>502600</u>	<u>INFERMIERE</u>



• (Dirigente II, Dirigente I, tecnico, infermiere, ausiliario)

i componenti dell'equipe si riservano di definire modalità di ripartizione dei proventi diverse da quelle previste dal regolamento aziendale

**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 \_\_\_\_\_ **SEDE**

Prestazioni effettuabili dal dr. SORRENTINO GERARDO n. 21-07-59 matricola 382800

oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_

nella disciplina OTORINOLARINGOIATRICA

Unità Operativa/reparto OM Ospedale/distretto S. LEONARDO

Prestazione e/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

VISITA AMBULATORIALE

70,00

30 (MINUTI)

ES. AUDIOMETRICA

60,00

20'

FIBROSCOPIA

70,00

30'

REGIONE  
C.A.P.

**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 (DGR n.4061/01)**

Alpi/gv

FIRMA \_\_\_\_\_

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

PROFESSIONISTA  
LIBERO  
PROFESSIONALE

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  
OTORINOLARINGOIATRIA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
S. LEONARDO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,  
DESC. APP. 20 : OTORINOLARINGOIATRIA 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

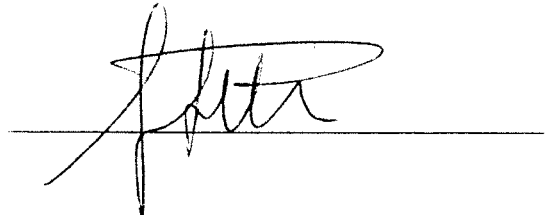
Comune TORRE DEL GRECO Prov. NA

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** **USL - 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**



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	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
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	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
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	