

OGGETTO: **Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. LA PIA Silvestro. – U.O. Salute Mentale – DS50.**

PERVENUTO

**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. LA PIA Silvestro** – Dirigente medico in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale – U.O. di Cercola; 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 – Corso Europa n.8;**

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. LA PIA Silvestro, Dirigente medico presso il Dipartimento di Salute Mentale** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA;**

RITENUTO:

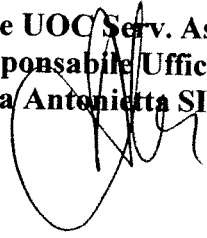
- Che sussistono i presupposti per autorizzare il **Dr. LA PIA Silvestro** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA;**

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il **Dr. LA PIA Silvestro**, 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 Corso Europa n.8**, 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**



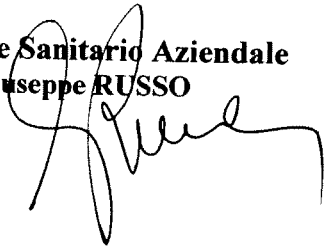
IL DIRETTORE GENERALE

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

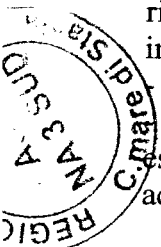
DELIBERA

- Di autorizzare il Dr. **LA PIA Silvestro**, 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 Corso Europa n.8** 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**



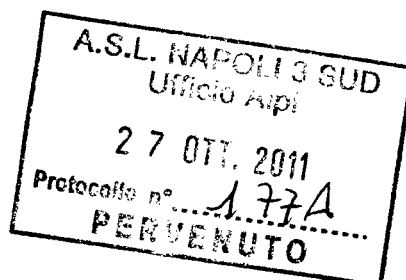
Prot. 3262 del 25/10/2011

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

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale del Dr. Silvestro La Pia.

Avendo verificato l'istanza del Dr. Silvestro La Pia, Dirigente Psichiatra della U.O.S.M. di Cercola, 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 DSM 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

UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr SILVESTRO CAPIA C.F. LPASUSSFM127834C
nato il 12.08.1957

In servizio presso l'U.O. di SANIERIALE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSIT
CERCOIA-POCCENATI.

DESC. A P.P. ZA AVERENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO
PERCHIA TRIA

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: PSICHIATRIA

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. X0131575512 Compagnia FONDIARIA-SAI

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

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
27 OTT. 2011
Protocollo n. 172/A
PERVINGITO

FIRMA Stefano de P.

Alpi/gv



**ELENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA
PROFESSIONE INTRAMURARIA DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA
EQUIPE**



Al Sig. Direttore direttore Sanitario PO/Ds _____

Al Direttore Amministrativo PO/Ds _____

All'Ufficio ALPI SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr. SICUESTRO LA PIA nato il 12.03.57 matricola 6925

oppure

dall'equipe _____

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità operativa/reparto USI CERCOM-POLENA I. Ospedale/distretto DS17

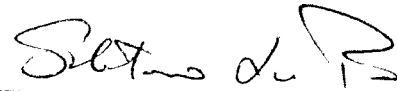
Prestazione e/o intervento chirurgico

	tariffa	tempo (minuti)
<u>VISITA PSICHIATRICA AMBULATORIO</u>	<u>100 E</u>	<u>30-40 m.</u>
<u>VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE</u>	<u>130 E</u>	
<u>SEDUTA PSICOTERAPUTICA</u>	<u>100 E</u>	<u>60 M.</u>
<u>REAZIONE / CERTIFICAZIONE</u>	<u>100 E</u>	



Dellibera n. 447/2009 – art2 – comma 3 – L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale ne 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 (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA 

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Via Meidele Garsen 167 - 0053 Castellammare di Stabia

UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729030 - 3729502 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr SILVESTRO LA PIA nato il 12.08.1957

dirigente di I livello, con incarico di RESP. AREA INT. PROG. E DM presso l' Unità operativa

DI PSICIG MENTALE USM CERVOCA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

AFFERENTE AC DSO7 a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.

DELLA D.P.P. 221 / PSICHIATRIA CHIEDE

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 80127

indirizzo C.SO EUROPA 8 tel 081.2401484

nei giorni di MERCOLEDI' 340.9058762

con orario dalle ore 15.30 alle ore 18.30

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

PROT _____ DATA _____ FIRMA Silvestro La Pia

Alpi/gv

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

UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr SICUESTRO LA PIA nato il 12.08.1957
dirigente di I livello, con incarico di RESPIRAREA INT. ADGR. E DH presso l' Unità operativa

USIT CERCOCA-POLENA - DSM dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DIPARTIMENTO SICUREZZA 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

NAPOLI

Via CORSO EUROPA n. 8

Cap 80127 Tel. 081. 2401481

Comune _____ Prov. _____

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 04/10/2011

Silvio de Pa

(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 LA PIA SILVESTRO # 2006925

Det: 01/01/2003 Al:
Evento: SR Servizio in ruolo
Titolare

Sostituto:
Note:

Provvedimento:

Figura MEDDIRSS Dirigente medico con incarico struttura semplice

Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari

Qualifica M110E3 Medico I Liv. Dir. Ex 10^ - ssn >15 anni

Tipo Rapporto . SS Incarico di Struttura semplice

Attività: 4023 PSICHIATRIA

Ore Settimanali:
Trattamento: MED

Centro di Costo: Funzionale:

Suddivisione

NA4 DSM850 Rec.Ass.Cort: 0

U.O.: DSM850 - S.P.D.C. PSA

Aggiornamento
Data: 23/11/2010
Utente: TRASCONA

Sede 025 ASSIST. PSICHIATRICA



Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

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. _____ in data _____

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. 43571 in data 16/11/12

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 15 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	