

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria**  
**TODISCO Celestino. – 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. **TODISCO Celestino** – Dirigente medico – disciplina **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE e d'URGENZA** 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 **CHIRURGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia – Via Savorito n.55 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. **TODISCO Celestino**, è **Dirigente medico – disciplina MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE e d'URGENZA** presso il P.O. di Castellammare di Stabia;
- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **TODISCO Celestino**, dirigente medico-disciplina **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE e d'URGENZA**, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **CHIRURGIA**;

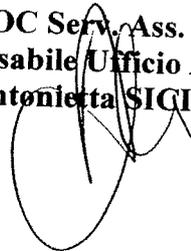
**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di autorizzare il Dr. **TODISCO Celestino**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia
- disciplina **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE e d'URGENZA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CHIRURGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia – Via Savorito n.55 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.

**Il Direttore UOC Serv. Ass. San. di Base  
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.  
Dr.ssa Antonietta SIGILIANO**



**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. **TODISCO Celestino**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia-disciplina **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE e d'URGENZA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CHIRURGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia - Via Savorito n.55 e presso il P.O. di appartenenza**, nel rispetto della normativa vigente;



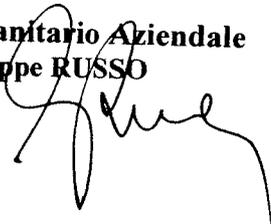
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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

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

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

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr TOMASO CELESTINO C.F. TAS CST 64 A 18 E 131 F  
nato il 18-01-1964

In servizio presso l'U.O. di PS CHIRURGICO dell'Ospedale/Distretto/ Servizio S. LEONARDO  
DEVE. A P.O.ZA; MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E DI URGENZA

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: CHIRURGIA

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. POLIZZA AZIENDALE Compagnia \_\_\_\_\_

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

FIRMA

Allo Puro Teste



Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
P/CF 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

**DOMANDA PER SVOLGERE L' ATTIVITA'  
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE  
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE**

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr TOMASEO CELESTINO nato il 18-01-1964

dirigente di I livello, con incarico di S. S. presso l' Unità operativa

CHIRURGIA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DR. S. LEONARDO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,  
DESCRIZIONE: MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  
**CHIEDE**

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

città C. MARE DI STABIA prov NA CAP 80053

indirizzo VIA SAVORITO 55 tel 349.815627

nei giorni di VENERDI

con orario dalle ore 19:00 alle ore 20:00

è situato presso una struttura privata non accreditata ?  no  si

**2° studio**

città P.O. SAN LEONARDO C. MARE prov NA CAP 80053

indirizzo ALL' INTERNO DELL' OSPEDALE tel \_\_\_\_\_

nei giorni di VEDI

con orario dalle ore 16:00 alle ore 18:00

è situato presso una struttura privata non accreditata ?  no  si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 20-10-2012 FIRMA Celestino Tomaseo

Alpi/gv

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
P/CF 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

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

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr TOMASO CELESTINO nato il 18-01-1964

dirigente di I livello, con incarico di S.S. presso l'Unità operativa

CHIRURGIA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

OSP. 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

C. MARE DI STABIA

Via SAVORITO n. 55

Cap 80053 Tel. 3498115627

Comune C. MARE DI S- 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 20/10/2011

Tommaso Celestino

(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"

di **TODISCO CELESTINO** # **594400**

Def: **28/04/2006** Al: **1**  
Evento: **99999** **ALTRO**  
Titolare

Sostituto:  
Note: **- PROV. GIUR. DEL 28/04/2006 (N. DEL 225 : VARIAZIONE STRUTT. SEMPLICE D**

Provvedimento:  
Figura ..... **MEDDIRSS** **Dirigente medico con incarico struttura semplice**

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

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

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

Attività: **4013** **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

Ore Settimanali:  
Trattamento: **MED**

Centro di Costo: **10100000** Funzionale:

Suddivisione  
**ANA5** **01.01.10.01** **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**

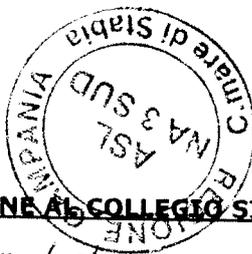
UOS: **01.01.10.01 - ACC. NE CHIRURGICA-PO-SAN LEONARDO**

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

Aggiornamento  
Data: **26/12/2007**  
Utente: **ADS**



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. 751 in data 16/11/12

**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

13

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