

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr. RANIERI Pasquale. - P.O. Castellammare di Stabia.

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E RESPONSABILE UFFICIO A.L.P.I.**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I. aziendale e delle risultanze 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, anche in relazione ai principi espressi nel Codice della Privacy ed a tutte le linee guida deliberate dal Garante Privacy in relazione alla legittimità degli atti da pubblicare su Albo Pretorio Informatico, della stessa resa dal Dirigente della Struttura proponente a mezzo della 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;

ISTANZA:

- L'istanza inoltrata dal Dr. **RANIERI Pasquale** - Dirigente medico - disciplina **NEUROCHIRURGIA (NCH)** 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 **NCH**, da erogarsi **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:

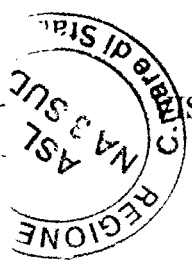
- Che il Dr. **RANIERI Pasquale**, è **Dirigente medico - disciplina NCH presso il P.O. di Castellammare di Stabia**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

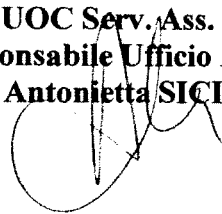
- Di autorizzare il Dr. **RANIERI Pasquale**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia - disciplina **NCH**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **NCH**, da erogarsi **presso il P.O. di appartenenza**, nel rispetto della normativa vigente;
- Di dare atto che la 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 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. **RANIERI Pasquale**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia-disciplina NCH, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di NCH, da erogarsi presso il P.O. di appartenenza, nel rispetto della normativa vigente;

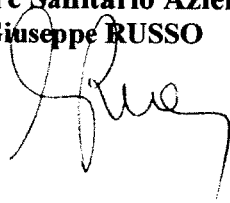
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

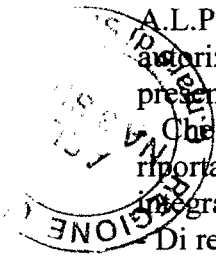
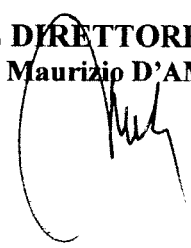
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**





**U.O.C. SERVIZIO ASSISTENZA
SANITARIA DI BASE ASL NAPOLI 3 SUD
UFFICIO A.L.P.I.**
Direttore: Dr.ssa A. Siciliano
C.so A. de' Gasperi, 167 - 80053 -
Castellammare di Stabia (NA) tel e fax 081 8729098
P.e.c.: ass.base@pec.aslnapoli3sud.it

Prot. n.3328 /CS
Del 19.11.'12

Al Ref. Amm.vo A.L.P.I.
Dip. F.M. VITIELLO c/o Serv. GRU
S E D E

OGGETTO: Trasmissione istanza autorizzazione A.L.P.I. Dr. Pasquale RANIERI.

Si trasmette in allegato l'istanza (All.6) del sanitario di cui all'oggetto per il completamento dell'istruttoria e tutte le verifiche di specifica competenza.

Si resta in attesa di riscontro in merito.

Saluti



**Il Responsabile UOC Ass. San. di Base
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.
Dr.ssa A. SICILLANO**
AZIENDA SANITARIA LOCALE NA 3 SUD
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD
Responsabile: Dr.ssa A. SICILLANO

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
21 NOV 2012
Protocollo n. 172/A...
PER... ..

*es/m/2012
Dr. Siciliano
In risposta alle Vs richieste di cui
alle presenti, in allegato si invia l'istanza
del D. D. Pasquale Ranieri, debitamente sottoscritta.
Il Responsabile Amm.vo A.L.P.I.
D. ssr. Grav. Dell...*

Prot. 3319/le
del 12/11/12



Ospedali Riuniti Area Stabiese
Castellammare di Stabia
TEL.081/8729373 FAX 081/8729341
DIREZIONE SANITARIA

prot. n° 3693/ds del 15/11/2012

All'UFFICIO A.L.P.I.

Oggetto: trasmissione istanza.

Ad integrazione della nota di pari oggetto (prot. n° 3287/ds del 15/10/2012), in allegato, si trasmette il modello LP 6, debitamente compilato, a firma del dr Pasquale Ranieri, Neurochirurgo.

Distinti saluti.
ar/segr.ds



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Ugo Esposito)

DIREZIONE SANITARIA
ASL NA 3 SUD

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 081/8729500

Prot.n. _____ del _____
 Al Direttore Generale
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr RAVIRRI PASQUALE CF RNR P2657A21B8682
 nato il 21/1/1957

In servizio presso l'U.O. di OROPOLTA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio P.O. S. CRISTOFANO
DELLA APPALTA S. ROCCO INTERURB. 4

AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO 82680

Chiede

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

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 NEUROLOGIA

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 Paolo Ravirri

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

PRESTAZIONI EFFETTUABILI PER IL SERVIZIO DIRIGENTE S. L. ROMANO
 (art. 4, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 509/1997)

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds S. L. ROMANO
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds S. L. ROMANO
 All'Ufficio ALPI SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr RAMIRAI PASQUA LU nato il 21/1/1959 matricola 826800
 oppure

dall'equipe _____
 nella disciplina NUOVI PENNALIA

Unità Operativa/reparto _____ Ospedale/distretto S. L. ROMANO

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>USI SIDA SPINALE ZIGI LA</u>	<u>100,00 RUCO</u>	<u>30 MINUTI</u>



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 (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv _____ FIRMA Rosy Revo

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. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

UFFICIO ALPI
 UFFICIO SERVIZI LEGALIZZAZIONE
 UFFICIO FISCALITÀ

Al Direttore Generale
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto RAMIERI PASQUALE nato il 21/1/1957
 dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURA SEMPLICE presso l' Unità operativa
ORGANIZAZIONE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
P. D. SCARONARO C/MAR a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,
DIRETTORE APERTO A SERVIZIO AZIENDA
CHIEDE

AI

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

ISID
 38
 38
 38

città PRESSO STRUTTURA AZIENDALE prov _____ CAP _____

indirizzo _____ tel _____

nei giorni di _____

con orario dalle ore AL 11 fino ORARIO DI SERVIZIO ALL' OCCORRENZA alle ore _____

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 17/11/2012 FIRMA Pasquale Ramieri

Alpi/gv



Ospedali Riuniti Area Stabiese
Castellammare di Stabia
TEL.081/8729373 FAX 081/8729341
DIREZIONE SANITARIA

prot. n° 3287/DS del 16/X/2012

UFFICIO A.L.P.I.

Oggetto: trasmissione istanza.

A parziale riscontro della nota prot. n° 139/a del 20/04/2010 e nelle more della formalizzazione degli atti, in allegato, si trasmette l'istanza, debitamente compilata, a firma del dott. Ranieri Pasquale, Neurochirurgo (matr. 826800)

Distinti saluti.
ar/segr.ds

Prot. 3173/es del 5/11/12
Al Dr. Soc. P.O. CLIMATE

L'istanza all'epote risulta
corrente degli adempimenti
del Regolamento At.le vigente
relativi anche dal sito es.
Si restituisce, istanza incompilata

Il Resp. Uff. Acti
Dr. Soc. STEFANO

DIRETTORE SANITARIO
Dr. Gennaro Imbrota



RAPPORTO VERIFICA TRASMISSIONE

ORA : 05/11/2012 09:42
NOME : UOC ASS BASE NA3SUD
FAX : 0818729098
TEL : 0818729098
SER. # : 00080N391707

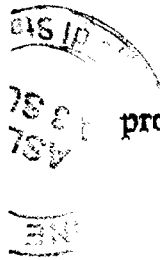
DATA, ORA
FAX N. / NOME
DURATA
PAGINE
RISULT
MODO

05/11 09:41
3341
00:01:17
03
OK
STANDARD



Ospedali Riuniti Area Stabiese
Castellammare di Stabia
TEL.081/8729373 FAX 081/8729341
DIREZIONE SANITARIA

Handwritten mark



prot. n° 3282/DS

del 16/X/2012

UFFICIO A.L.P.I.

Oggetto: trasmissione istanza.

A parziale riscontro della nota prot. n° 139/a del 20/04/2010 e nelle more della formalizzazione degli atti, in allegato, si trasmette l'istanza, debitamente compilata, a firma del dott. Ranieri Pasquale, Neurochirurgo (matr. 826800)

Distinti saluti.
ar/segr.ds

Prot. 3282/DS del 16/11/12
Al Dir. San. P.O. CHIANCI

L'istanza allegata risulta
conforme dopo aver verificato
del Regolamento Az. Le ripetute
recensioni anche dal sito az.
e tutti i dati sono stati verificati

DIRETTORE SANITARIO
D. Gennaro (impronta)
DIREZIONE SANITARIA

di **RANIERI PASQUALE** # **826800**

Data: 09/09/2011 **At:**
Evento: MOBI MOBILITA' INTERNA
Provvedimento: NOTA 2349 / 2011

Sostituto:
Figure: MEDDIRSS Dirigente medico con incarico struttura semplice
Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari
Qualifica: M19+5E3 Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn >15 anni
Tipo Rapporto: SS Incarico di Struttura semplice
Attività: 4109 NEUROCHIRURGIA
Ora Settimanali: **Treatmento:** MED
Centro di Costo: 10100000 **Funzionale:**
Note: nota di immissione a firma del Direttore Sanitario del P.O. di C.mmare di Stabia

Suddivisione: ANA5 01.01.10.26 **Rec.Ass Cort:** 0
Gestione: ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5 **Aggiornamento:**
STRUTT: 01- PRES. OSPED. - PRESIDI OSPEDALIERI **Data:** 07/10/2011
UOC: 01.01.10.00 - P.O. - SAN LEONARDO - CMARE I **Utente:** 1013
UOS: 01.01.10.26 - ORTOPEDIA - P.O. - SAN LEONARDI
Sede: P0001 P.O. SAN LEONARDO

Sipa

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. 4665 in data 12/12/12

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

M

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 07 DIC. 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. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	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	