



Direzione  
12 DIC 2012  
PERVENUTO  
(A.E.P.I.) - Dr.

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria**  
**FOGLIA MANZILLO Andrea. – 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. **FOGLIA MANZILLO Andrea** – 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 **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**, 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. **FOGLIA MANZILLO Andrea**, è **Dirigente medico – disciplina MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA** presso il P.O. di **Castellammare di Stabia**;

**RITENUTO:**

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **FOGLIA MANZILLO Andrea**, dirigente medico-disciplina **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**;



Handwritten signature

## PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **FOGLIA MANZILLO Andrea**, 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 **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**, 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. **FOGLIA MANZILLO Andrea**, 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 **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**, 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



prot. n° 3812/ds del 28/x1/2012

Prot. 3692/b  
del 31/12/12

~~Al Ref. Area ALP1~~  
~~Per le contabili istruttorie~~

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. Foglia Manzillo Andrea, incardinato nell'organigramma dell'U.O. di Chirurgia

Distinti saluti.  
ar/segr.ds



pv  
Il DIRETTORE SANITARIO  
*Ugo Esposito*  


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. 081/8729098 8729502 Fax 081/8729507

Il n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. **ANDREA FOGLIA MAZZILLO** CF **FGLNDR51306L8453**  
nato il **6-8-1951**

In servizio presso l'U.C.S. di **CHIRURGIA** dell'Ospedale/Memoria/Sezione **S. LEONARDO EMME STABIA**  
**DIREZIONE AREA MEMORIA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE**  
AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, ossia da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: **CHIRURGIA**  
o in alternativa  
di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le COSS, 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, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le COSS  
Struttura \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Polizza RC terzi ed infortuni n. \_\_\_\_\_ Compagnia **AM TRUST**  
La stipula della polizza è necessaria per l'inizio effettivo dell'attività libero professionale

FIRMA **Andrea Foglia Mazzillo**

Alpi/ge

Mod Asl Napoli 3 S.L.P. 1



*A*

*W*

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 80053 Castellammare di Stabia  
P.IVA 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729400 - 8729302 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto di **ANDREA FOGLIA MANZILLO** nato il **6-2-1958**  
dirigente di **I** livello, con incarico di **DIRIGENTE S.S.** presso l'Unità operativa  
**CHIURGIA** dell'Ospedale / ~~Biblioteca~~ / ~~Società~~

a rapporto di lavoro esecutivo con la ASL Napoli 3 sud,

**CAMPO**

di poter effettuare l'attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale,  
presso il proprio studio professionale **SEDE AZIENDALE 90 S. LEONARDO**

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

nei giorni di **AL DI FUORI** orario di servizio **ALL' OCCORRENZA**

con orario dalle ore \_\_\_\_\_ 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

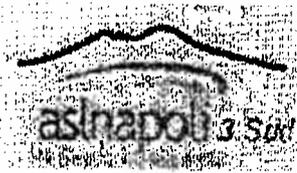
PROT \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA **A. Foglia Manzillo**

Alpi/yr

Mod Asl Napoli 3 - 1, P. 6







OSPEDALI RIUNITI AREA NOLANA  
 U.O. C. di Chirurgia Generale  
 Servizio di Endoscopia Digestiva e  
 Chirurgia Endoscopica e/o Ospedale "Apicella"  
 Resp.: Dr. Di Marzo Sabato  
 Tel. 081/5314318



ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL  
 DIRETTORE DELL'ALPI

E AL DIRETTORE SANITARIO  
 DEL P.O. DI POLLENA

**Oggetto : tariffario intramoenia**

A modifica del tariffario di già comunicato, lo stesso va integrato con quanto segue.



Il costo per una prima visita è di 60 euro, e per una seconda visita ( o visita di controllo ) è di 40 euro.

Colgo l'occasione per porvi di stinti saluti.

Pollena, li 3/12/12

OSPEDALI RIUNITI AREA NOLANA  
 U.O.C. di Chirurgia Generale  
 Direttore Dr. Antonio Agostino Ambrosio  
 Servizio di Endoscopia Digestiva e  
 Chirurgia Endoscopica e/o Ospedale "Apicella"  
 Resp. Dr. Di Marzo Sabato

APESS - Servizio di fatto in Inquadramento

di **FOGLIA MANZILLO ANDREA** # **189600**

Dal: **01/01/2003** At:

Evento: **04004** **NOMINA INCARICO STRUTTURA SEMPLICE**

Provvedimento:  -  /  /

Sostituto:

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

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

Qualifica ..... **M110E3** **Medico I Liv. Dir. Ex 10<sup>a</sup> - ssn >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:

Note: **- PROV. GIUR. DEL 01/03/2005 (N. DEL. 141 : OSSERVAZIONE BREVE CHIRURG**

Suddivisione

**ANA5** **01.01.10.01** Rec.Ass.Cort: **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: **01.01.10.01 - ACC. NE CHIRURGICA-PO-SAN LE**

Aggiornamento

Data: **26/12/2007**

Utente: **ADS**

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



4/12/2012

per Sordani

In risposta alle V. richieste prot. 3498/CS/12, in allegato si invia.

l'indirizzo del Dott. Foglia Manziolo Andrea, debitamente oscurato.

Il Responsabile Amm. S. ACP/1  
 Dr. Francesco Tello

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. 81068 in data 19 DIC. 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

13

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA** 18 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	
	SERV. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
<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. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	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. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	DISTRETTO N. 59	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RISK MANAGEMENT	OO.RR. AREA STABIESE	