



**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. CIANNELLA Carmine. – U.O. Salute Mentale DS54.**

**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. **CIANNELLA Carmine** – Dirigente sanitario **PSICOLOGO** in servizio presso il Distretto Sanitario n.54 di S.Giorgio a C.; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Portici – Viale Leonardo da Vinci n.78**;

**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. **CIANNELLA Carmine**, Dirigente psicologo presso il **Distretto Sanitario n.54 di S.Giorgio a C.** è appartenente alla disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

**RITENUTO:**

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **CIANNELLA Carmine**, dirigente psicologo, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

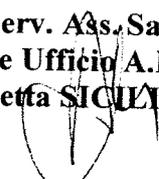
- Di autorizzare il Dr. **CIANNELLA Carmine**, Dirigente psicologo del Distretto Sanitario n.54 di S.Giorgio a C. - disciplina Psicologia Clinica- Psicoterapia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il

proprio studio privato sito in **Portici al Viale Leonardo da Vinci n.78**, 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. **CIANNELLA Carmine**, Dirigente psicologo del Distretto Sanitario n.54 di S.Giorgio a C., allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Portici al Viale Leonardo da Vinci n.78** nel rispetto della normativa vigente;

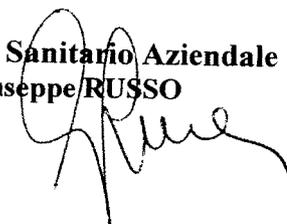
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

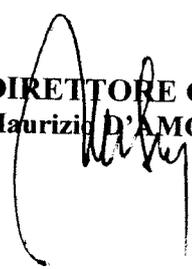
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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  
 P/CF 0249771212

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

**ELLENCO 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 CIANHELLA CARMINE nato il 20.10.63 matricola 633600

oppure

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

nella disciplina \_\_\_\_\_

Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	€ 70,00	50'
COLLOQUIO INDIVIDUALE	€ 65,00	50'
SEDUTA PSICOTERAPIA <del>CONCENTRATA</del>	€ 60,00	50'
SEDUTA PSICOTERAPIA DI SOSTEGNO	€ 70,00	50'
COLLOQUIO GENITORI	€ 80,00	75'
COLLOQUIO FAMIGLIA	€ 100,00	90'
RELAZIONE CLINICA	€ 150,00	180'

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 prestatato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA

*Carmine Ciannello*

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

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

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr CIANNELLA CARMINE nato il 20-X-1963  
dirigente di I livello, con incarico di PSICOLOGO presso l' Unità operativa  
di SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
54 a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,  
DISE. APP. LA: PSICOLOGO  
**CHIEDE**

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

città PORTICI prov NA CAP 80055

indirizzo Viale LEONARDO DA VINCI, 78 tel 333 5773793

nei giorni di LUNEDI, MERCOLEDI, GIOVEDI.

con orario dalle ore 17:30 alle ore 20:30

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

1 PROT 259/10 A.S.L. NAPOLI 3 SUD  
Ufficio Alpi  
DATA 02-04-10  
30 APR. 2010  
Protocollo n° 284/A  
Mod Asl Napoli 5 - LP **PERVENUTO**

FIRMA Carmine Ciannella

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

MODELLO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. UOSM 258/010 del 02.06.2010

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr CIANNELLA CARMINE nato il 20.X.1963  
dirigente di \_\_\_\_\_ livello, con incarico di PSICOLOGO DIRIGENTE presso l'Unità operativa  
U.O.S.M. dell'~~Ospedale~~ / Distretto / Servizio ~~Centrale~~

54 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

PORTICI (NA)

Via LEONARDO DA VINCI n. 78

Cap 80055 Tel. 3335773793

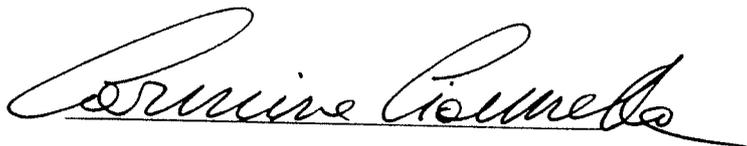
Comune PORTICI Prov. NA

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 03.03.2010



(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 CIANNELLA CARMINE

# 633600

Dal: 01/01/2010

Al:

Evento: 04012

APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO

Titolare:

Sostituto:

Note: d.d. in corso di adozione

Provvedimento:

Figura ..... DPSIC Dirigente Psicologo

Contratto: CDIR Contratto Comparto Dirigenti

Qualifica ..... P19+5E3 Psicologo I Livello Dirigenziale Ex Collaboratore piu di 15 anni

Tipo Rapporto:

Attività: 3005 PSICOLOGO

Ore Settimanali:

Trattamento: TR

Centro di Costo: 11900000

Funzionale:

Suddivisione

ANA5 01.19.03.03

Rec.Ass.Cont: 0

Gestione: ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5

STRUTT: 01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

SERV: 01.19.03.00 - DSM-COORDINAMENTO

UFF: 01.19.03.03 - DSM-U.O.(S.G.A CREMANO/S.S)

Aggiornamento

Data: 04/08/2011

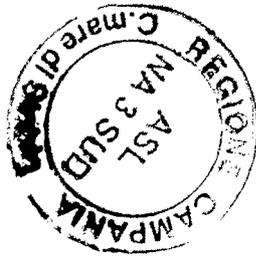
Utente: STARACE

Sede ..... DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE

REGIO

Handwritten mark

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. 6256 in data 10/10/12

### 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

*[Signature]*

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA**

**10 OTT. 2012**

**A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
	COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO PROGETTI FONDI	
	SERV. GABINETTO	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
	SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 56	
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 57	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 58	
	SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL. VAL.	DISTRETTO N. 59	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
	COORD.TO COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	