



ASL NAPOLI 3 Direzione Generale
03 OTT 2012
PERVENUTO

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. INTOCCIA Luigi – U.O. Salute Mentale DS57.**

**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. **INTOCCIA Luigi** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS57; 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 **Torre del Greco – Via Roma 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. **INTOCCIA Luigi**, Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS57 è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

**RITENUTO:**

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

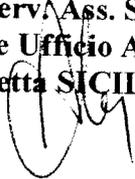
**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di autorizzare il Dr. **INTOCCIA Luigi**, 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 **Torre del Greco alla Via Roma 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 Servizio 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. **INTOCCIA Luigi**, 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 **Torre del Greco alla Via Roma n.78** nel rispetto della normativa vigente;

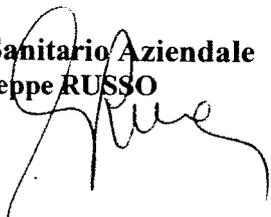
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

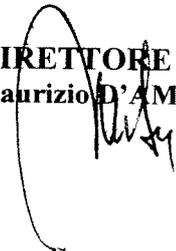
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**



STAMPONE  
17/12/2014



**Regione Campania**  
**Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud**  
**ex ASL Napoli 5**  
**Dipartimento di Salute Mentale**  
Direttore : Dr. Francesco Della Pietra  
P.zza Giovanni XXIII,5 - Castellammare di Stabia  
☎ 081-8729785 fax 081-8729782  
Email : dipsm@aslnapoli5.it  
www.aslnapoli5.it

Prot. 948 del 30/03/2010

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

**Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr. Luigi Intoccia.**

Avendo verificato l'istanza della Dr. Luigi Intoccia, Dirigente Medico della U.O.S.M. di Torre del Greco, 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.



**DIRETTORE DSM ex ASL NA/5**  
**Dr. Francesco Della Pietra**

**A.S.L. NAPOLI 3 SUD**  
**Ufficio Alpi**  
**30 APR. 2010**  
Protocollo n° 244  
**PERVENUTO**

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
Tel.081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

MODELLO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE  
INTRAMOENIA

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

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. LUIGI INTOCIA C.F. NTELGUGIA05H501R  
nato il 5-4-61 ROMA

In servizio presso l'U.O. di TORRE DEL GRECO dell'Ospedale/Distretto/ Servizio ESD UO 57  
ASL APPA, PSICHIATRIA NP

**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: 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. 99204 1950/11 Compagnia SAI

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

A.S.L. NAPOLI 3 **SURMA**  
Ufficio Alpi  
30 APR. 2010  
Protocollo n° 204/A  
**PERVENUTO**

*[Handwritten signature]*

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

ELenco DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN QUELLA 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. LUIGI INTORCIA nato il 5-6-61 matricola 6432  
 oppure

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

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa/reparto UOSM 57 Ospedale/distretto TORRE DEL GRECO 57

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
CERTIFICAZIONE	50 €	
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	70 €	
CONTROLLO FARMACOLOGICO	80 €	
VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	90 €	
VISITA PSICHIATRICA	100 €	
VISITA E VALUTAZIONE TESTOLOGICA	120 €	
CONTROLLO FARMACOLOGICO E PSICOTERAPIA	130 €	
VISITA E CERTIFICAZIONE	150 €	
RELAZIONE MEDICO LEGALE	250 €	
CICLO 5 VISITE PSICOTERAPIA	350 €	
VISITA DOMICILIARE	140 €	
RELAZIONE MEDICO LEGALE CON ACCOMPAGNAMENTO IN SEDE	400 €	
PSICOTERAPIA DI COPPIA	110 €	
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE E CERTIFICAZIONE	170 €	

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 [Signature]

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**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 LUIGI INTORCIA nato li 5-4-61  
dirigente di I livello, con incarico di DIRIGENTE PSICHIATRA presso l' Unità operativa  
UOSM QLT TORRE DEL GRECO dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.

**CHIEDE**

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

città TORRE DEL GRECO prov NA CAP 80054  
indirizzo VIA ROMA 78 tel 3356680234

nei giorni di LUNEDI (14-20) MARTEDI (8-14) MERCOLEDI (14-20)  
con orario dalle ore VENEDI (14-20) alle ore SU PRENOTAZIONE

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 14-4-10 FIRMA [firma]

Alp/vg

Mod Asl Napoli 3 - LP 6

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**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 LUIGI INTORCIA nato il 5-4-61

dirigente di I livello, con incarico di PSICHIATRA presso l' Unità operativa  
UOSM 85 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

TORRE DEL GRECO 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

TORRE DEL GRECO

Via ROMA n. 78

Cap 80054 Tel. \_\_\_\_\_

Comune TORRE DEL GRECO Prov. NA

nel ribadire che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata accreditata, comunica in  
auto-certificazione 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 26-3-10

(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 **INTOCCIA LUIGI** # **443200**

Dal: **01/12/2008** Al:

Evento: **04012** **APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO**

Titolare:

Sostituto:

Note: **d.d. in corso di adozione**

Provvedimento:

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

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

Qualifica .... **M19+5E3** **Medico I Liv. Dir. Ex 9<sup>a</sup> +5 anni - ssn >15 anni**

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

Attività: **4023** **PSICHIATRIA**

Ore Settimanali:  **Trattamento: MED**

Centro di Costo: **11900000** Funzionale:

Suddivisione

**ANA5** **01.19.04.06** **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: **01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE**

UFF: **01.19.04.06 - DSM-U.O.(TORRE DEL GRECO)**

**Aggiornamento**

Data: **08/08/2011**

Utente: **STARACE**

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

AI



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. 65586 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

*A*

10 OTT. 2012

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA \_\_\_\_\_ 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
<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	
	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	