



OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. CAFIERO Liberato. – U.O. Salute Mentale DS59.

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E REPONSABILE 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. **CAFIERO Liberato** – Dirigente sanitario **PSICOLOGO** in servizio presso il Distretto Sanitario n.59 di S.Agnello.; 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 **Massa Lubrense – C.so S.Agata n.61**;

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. **CAFIERO Liberato**, Dirigente psicologo presso il Distretto Sanitario n.59 di **S.Agnello** è appartenente alla disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **CAFIERO Liberato**, Dirigente psicologo del Distretto Sanitario n.59 di S.Agnello - 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 **Massa Lubrense al C.so S.Agata n.61**, 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. **CAFIERO Liberato**, Dirigente psicologo del Distretto Sanitario n.59 di S.Agnello, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Massa Lubrense al C.so Agata n.61** 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 DIAMORA**

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

MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMOENIA

Prot. n. 412/00000 del 25/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr LIBERATO CAFIERO CF CFRLRT57P21F030N
nato il 21.05.1957

In servizio presso l'U.O. di SALUTE MENTALE (D.O. SS) dell'Ospedale/Distretto/ Servizio ASM

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: PSICOLOGIA

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS, 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 OOSS

Struttura /

U.O. /

Polizza RC terzi ed infortuni n. STIPULATA DA ARL NA 3303 CON Compagnia FONSIARIA SAI

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

FIRMA [Firma]

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 33, LP 1

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'ATTIVITÀ
LIBERO PROFESSIONALE INERAMBIATORIALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

CA

Il sottoscritto dr LIBERATO CAFIERO nato il 21.08.1957
dirigente di 2° livello, con incarico di DIRETTORE SANITARIO PICOLOGO presso l'Unità operativa
DI SALUTE MENTALE DI BISMETTO SS dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
D.R.H.
DR. APPROVA PICOLOGO 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 STUDIO DI PSICICI RI BASE ASSOCIATO DA I CARICULO, NE COAGE,
SECOLARI IN ORANI BIRGATI DA QUELLI UTILIZZATI DAI PUSSETTI.

città MASSA LUBRENTI prov NA CAP 80061
indirizzo C.SO S. AGATA, 61 tel 335.5610818
nei giorni di GIOVEDÌ SU APPUNTAMENTO
con orario dalle ore 16.00 alle ore 18.00

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 412/0034 DATA 25/03/2010 FIRMA [Firma]

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

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. 412/0054 del 25/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr LIBERATO CAFIERO nato il 21.03.1957

dirigente di I° livello, con incarico di DIRIGENTE SANITARIO PSICOLOGO presso l'Unità operativa

DI SALUTE MENTALE DIST. 53 dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

D.S.M. 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

MASSA LUBRENSE (LOC. S. AGATA SUI DUO GOLFI)

Via C.SO S. AGATA n. 61

Cap 80061 Tel. 335.5610818

Comune MASSA LUBRENSE 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 INSIERTO NELLA MOD. L.P.6

- 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 25/03/2010

[Firma]

(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

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

ELenco delle prestazioni effettuabili per la professione intramurale dal singolo dirigente medico

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds SPM ex ASLNAS

Al Direttore Amministrativo PO/Ds _____

All'Ufficio ALPI _____

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr LIBERATO CAFIERO nato il 21/03/57 matricola 466700

oppure

dall'equipe _____

nella disciplina PSICOLOGIA

Unità Operativa/reparto ASLNAS

Ospedale/distretto ASLNAS

Prestazione e/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (A SECONDA)	40-80 E.	50'
- " " " " AL COPPIA O FAMILIARE	60-100 E.	50'
- COLLOQUIO PSIC. CLINICO/ANAMNESICO ED PSICOPAT.	50-80 E.	60'
- " " " " FAMILIARE O COPPIA	70-100 E.	50'
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (A SECONDA)	50-80 E.	60'
- " " " " AL COPPIA O FAMILIARE (A SECONDA)	70-100 E.	50'
- PSICOTERAPIA AL GRUPPO (A SECONDA PER METODICHE)	30-50 E.	60'
- ANALISI, TERAPIA E SESTIA AI DEPOSITI. PSIC. CLINIC.	70-140 E.	50'
- TESTE PSICODIAGNOSTICO COMPLETO	140-400 E.	VARIABILE
- 30 MINUTI STAZIONI DI INTERPRETAZ. TEST CARATTERI	15-30 E.	50'
- SINTESI PSIC. SECONDO ES. INTERPRETAZ. REATTIVO PROATTIVO	50-300 E.	180'
- " " " " QUESTIONARIO PERSONALITA'	50-250 E.	180'
- " " " " BATTERIA NEUROPSICOLOGICA	50-400 E.	180'
- " " " " BATTERIA VALUTAZ. Q.I.	100-300 E.	180'
- CERTIFICAZIONE E RELAZ. AZIONE DI TRATTAMENTO	40-60 E.	50'
- SUPERVISIONE PSICOPAT. E/O CLINIC. INDIV. O AGR. (RIM.)	50-80 E.	60'
- " " " " AL GRUPPO (A SECONDA E PARTOZ)	35-50 E.	50'
- CONSULENZA PSICOLOGICA PER CASI/INITIATIVE PSICOPAT.	SECONDO ACCORDI	VARIABILE
- PROGRAMMAZ. E REALIZZAZ. COLTO FULCRATIVO/ASSISTENZ.	"	"
- CONSULENZA TECNICA DIVISORIALE AI PARTI	CONFERZA MANATO	"
- PRESCRIZIONE SPECIFICA PROGETTO EDUCATIVO	SECONDO ACCORDI	"
- PIANIFICAZ. VERIFICA E VALUTAZIONE FINTE	"	"

N.B. LE TARIFFE INDICATE FANNO RIFERIMENTO AL TARIFFARIO DELL'ORDINE NAZIONALE DEGLI PSICOLOGI.

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 _____

☛ CAFIERO LIBERATO # 442700

Dat: 01/11/2008 At:
 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: R
 Centro di Costo: 11900000 Funzionale:

Suddivisione

ANAS <input type="text"/>	01.19.03.04 <input type="text"/>	Rec.Ass.Cont: 0
Gestione: ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5 <input type="text"/>		Aggiornamento
STRUTT: 01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE <input type="text"/>		Data: 02/08/2011
UOC: 01.19.03.00 - DSM-COORDINAMENTO <input type="text"/>		Utente: STARACE
UOS: 01.19.03.04 - DSM-U.O.(SORRENTOMASSA/SA <input type="text"/>		
Sede DIP001 <input type="text"/> DIP. DI SALUTE MENTALE		

Handwritten signature

EAM
 SL
 SUL
 Ste

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. 63546 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:

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	EX A.S.L. NA 4
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	EX A.S.L. NA 5
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	