



ASL NAPOLI 3 SUD Direzione Generale
10 OTT 2012
PERVENUTO

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr. SALVATI Antonio. - U.O. Salute Mentale Pomigliano d'Arco.**

**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;

*CM*

**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. **SALVATI Antonio** - Dirigente medico in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale - U.O. di Pomigliano d'Arco; 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 **Cercola - Viale dei Fiori n.1**;

**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. **SALVATI Antonio**, **Dirigente medico presso il Dipartimento di Salute Mentale** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

**RITENUTO:**

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

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di autorizzare il Dr. **SALVATI Antonio**, 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 **Cercola al Viale dei Fiori n.1**, 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 SICLIANO**

**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. **SALVATI Antonio**, 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 **Cercola al Viale dei Fiori n.1** 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

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

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

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. ANTONIO SALVATI C.F. SLVNTN55H2YF839T  
nato il 24/06/1955

In servizio presso l'U.O. di POMIGLIANO S. MARTINO dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSM  
ASSE - APPALTA PSICHIATRIA

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. 311052072 Compagnia GENERALI-ASS. GENERALI SPA  
La stipula della polizza è necessaria per l' inizio effettivo dell' attività libero professionale

FIRMA

Antonio Salvati

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216

Prot. 2707/e  
del 17/9/12

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

A

Il sottoscritto dr ANTONIO SALVATI nato il 27/06/1955  
dirigente di I livello, con incarico di Responsabile USO G. C. S. P. presso l' Unità operativa  
Di Psichiatria d'Arco dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
Disciplina Psichiatrica a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,  
Direc. A.P.P. C. S. Psichiatria  
CHIEDE

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



città CERCOLA prov NA CAP 80040  
indirizzo VIALE DEI FIORI N° 1 tel 081 3474783405  
nei giorni di MERCOLEDI - VENERDI  
con orario dalle ore 16,00 alle ore 20,00

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 \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA Antonio Salvati

Alpi/gv

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

**ELENCO 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. SALVATI ANTONIO nato il 27/06/55 matricola 10502 *CA*  
 oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_  
 nella disciplina \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>VISITA PSICHIATRICA</u>	<u>100</u>	<u>60</u>
<u>PSICOTERAPIA INDIVIDUALE</u>	<u>80</u>	<u>60</u>
<u>COLLOQUIO DI SOSTEGNO</u>	<u>60</u>	<u>60</u>
<u>TEST PSICODIAGNOSTICI</u>	<u>200</u>	<u>120</u>
<u>VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE</u>	<u>150</u>	<u>60</u>
<u>PSICOTERAPIA DI COPPIA</u>	<u>100</u>	<u>60</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 prestatato (DGRC n.4061/01)

Alpl/gv

FIRMA *Antonio Salati*

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 LA AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

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

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ANTONIO SALVATI nato il 27/06/1955  
dirigente di I livello, con incarico di Resp. U.O. S. Dip. Geriatria presso l' Unità operativa  
USSM Poverigiano (NA) Controllo SIR  
DSH dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

autorizzato ad effettuare l' attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso  
lo studio professionale, sito in

CERROLA (NA)

Via dei FIORI

n. 1

Cap 80040

Tel. 3474793405

Comune CERROLA

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 \_\_\_\_\_

Antonio Salvati

(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 SALVATI ANTONIO # 2010502

Del: 01/01/2002 At:   
Evento: SR Servizio in ruolo  
Titolare  
Sostituto:  
Note:  
Provvedimento:  
Figura ..... MEDDIR1L Dirigente medico  
Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari  
Qualifica ..... M110E3 Medico LLV, Dir. Ex 10^ - ssn >15 anni  
Tipo Rapporto SS Incarico di Struttura semplice  
Attività: 4023 PSICHIATRIA  
Ore Settimanali:  
Centro di Costo: Funzionale:   
Trattamento: MED

Suddivisione

NA4 DSM450 Rec.Ass.Cort: 0  
U.O.: DSM450 - U.O.S.M 71 Aggiornamento  
Data: 01/12/2010  
Utente: GP4NA4  
Sede ..... 025 ASSIST. PSICHIATRICA

Stampa

CA

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. 64324 in data 12/10/12

**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 11 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
<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	