

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr.ssa
COCCHIARELLA Giovanna. - U.O. Salute Mentale DS53.**

ASL NAPOLI 3 SUD Direzione Generale
Dr.ssa 29 OTT 2012
PERVENUTO

**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 dalla Dr.ssa **COCCHIARELLA Giovanna** - Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale - DS53; 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 **Napoli - Via Carducci 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 la Dr.ssa **COCCHIARELLA Giovanna, Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS53** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare la Dr.ssa **COCCHIARELLA Giovanna** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

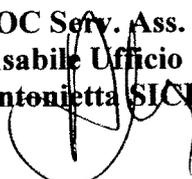
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare la Dr.ssa **COCCHIARELLA Giovanna**, 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 **Napoli alla Via Carducci 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 la Dr.ssa **COCCHIARELLA Giovanna**, 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 **Napoli alla Via Carducci n.61** nel rispetto della normativa vigente;

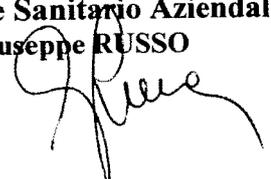
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

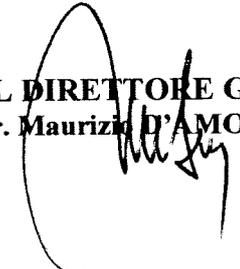
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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 D'AMORA**





aslnapoli3sud
regione campania

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. 1216 del 29/04/10

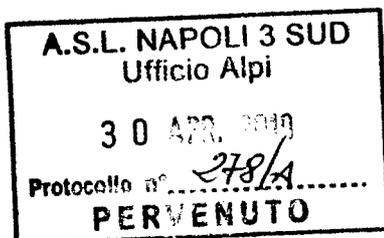
UFFICIO A.L.P.I. ASL NAPOLI 3 SUD
SEDE



Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr.ssa Cocchiarella Giovanna.

Avendo verificato l'istanza della Dr.ssa Cocchiarella Giovanna, Dirigente Medico della U.O.S.M. di Castellammare di Stabia, 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.

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



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'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMOENIA**

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. Cocchiarella Giovanni ^{CC 61W68156225PK}
nato il 16-7-68

In servizio presso l'U.O. di Commercio di Stabia dell'Ospedale/Distretto/ Servizio _____
Dr. A.P. 20 I PRESENTAZIONE Ufficiale

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: Psichiatra

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. 56640407 Compagnia ZURICH

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

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
30 APR 200
Prot. n. 278/A
PER _____

FIRMA

Massimiliano Coelli

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
P/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 Cochisello Giordano nato il 16-7-68
dirigente di I livello, con incarico di Prerequisiti
di Salute Mentale presso l' Unità operativa
di Scienze di Base 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 Napoli prov _____ CAP 80023
indirizzo Via Cantucci n. 61 tel 369 6620214
nei giorni di preferibilmente il lunedì pomeriggio
con orario dalle ore 17,00 alle ore 20,00

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no

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 [Signature]

Alpi/gv

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. Cocchiaroli Giuseppe nato il 16-7-68
dirigente di 10 livello, con incarico di Prelevatore presso l' Unità operativa
Solito Ruffolo dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

di Gianni di Stefano 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

Hopeto

Via Condorelli n. 61

Cap 80123 Tel. 349-6620217

Comune Hopeto Prov. _____

nel ribadire che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata accreditata, 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 8/11/09

Gianni di Stefano

(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 **COCCHIARELLA GIOVANNA** # **582800**

Dat: **01/02/2010** AI:
 Evento: **04013** **APPL. ART. 4 E 5 CNL DIR. 98/01 RET. POS. E RAPP. ESCL**
 Titolare:
 Sostituto:
 Note: **d.d. in corso di adozione**
 Provvedimento:
 Figura **MEDDIR1L** **Dirigente medico**
 Contratto: **MEDV** **USL - Medici e Veterinari**
 Qualifica **M19+5E2** **Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn 5/15 anni**
 Tipo Rapporto .
 Attività: **4023** **PSICHIATRIA**
 Ore Settimanali:
 Centro di Costo:
 Funzionale:
 Trattamento: **TMED**

Suddivisione
ANAS **01.19.04.01** **Rec.Ass.Cont: 0**
Gestione: **ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5**
STRUTT: **01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**
UOC: **01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE**
UOS: **01.19.04.01 - DSM-U.O.(CMARE-GRAGNANO-C**
Sede **DIP001** **DIP. DI SALUTE MENTALE**

Aggiornamento
 Date: **04/08/2011**
 Utente: **STARACE**



Handwritten signature



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. 2013 in data 31 OTT 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

[Signature]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 30 OTT 2012 A:

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