

23 011 2012
PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. AMATI Carlo. – U.O. Salute Mentale DS55.

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E REONSABILE 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. **AMATI Carlo** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS55; 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 Colamarino n.19**;

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. **AMATI Carlo**, **Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS55** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **AMATI Carlo**, 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 Colamarino n.19**, 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. **AMATI Carlo**, 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 Colamarino n.19** nel rispetto della normativa vigente;

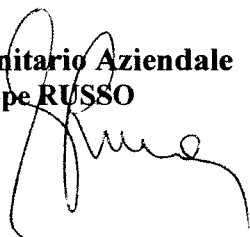
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

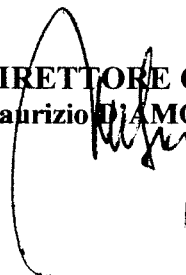
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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
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. 1182 del 28/04/2010

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

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale del Dr. Amati Carlo.

Avendo verificato l'istanza del Dr. Amati Carlo, Dirigente Psichiatra della U.O.S.M. di Ercolano, 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



A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
30 APR. 2010
Protocollo n° 275/A
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

**MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMOENIA**

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. AMATI CARLO C.F. MTA CRL535049838T
nato il 06-11-1959

In servizio presso l'U.O. di UOSM Evoluca dell'Ospedale/Distretto/ Servizio _____

ASL APP. 2A 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 - PSICOTERAPIA

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 NEUROLOGIA, MEDICINA LEGALE e DELLE ASS.

ASL

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. _____ Compagnia _____

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

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
 Ufficio Alpi

 30 APR. 2010
 Protocollo n° 275/A
PERVENUTO

FIRMA _____



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 AMATI CARLO nato il 04-11-57 matricola 351000

oppure

dall' equipo _____

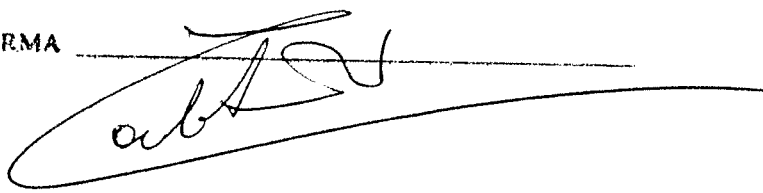
nella disciplina PSICHIATRIA, NEUROLOGIA, MEDICINA LEGALE

Unità Operativa/reparto SALUTE MENTALE Ospedale/distretto ERCOLANO

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
- VISITA PSICHIATRICA	€ 100.00	60 min
- VISITA NEUROLOGICA	€ 100.00	60 min
- VISITA PSICHIATRICA - NEUROLOGICA	€ 150.00	60 min
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 70.00	45 min
- CONSULENZA MEDICO-LEGALE REAZIONE	€ 200.00 (per 200 w)	60 min
- CONSULENZA MEDICO-LEGALE PSICHIATRICA	€ 100.00	60 min
- BANCIONI PSICHIATRICHE E NEUROLOGICHE	€ 250.00	variabile
- CONSULENZE PSICHIATRICHE - NEUROLOGICHE	€ 300.00	120 min
- CONSULENZA PSICHIATRICA CON REAZIONE	€ 300.00	variabile
- VISITA PSICHIATRICA - NEUROLOGICA	€ 200.00	120 min
- CONSULENZA MEDICO-LEGALE DI PARTE PSICHIATRICA	€ 600.00	variabile

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 _____


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 AMATI CARLO nato il 04-11-1954

dirigente di I livello, con incarico di _____ presso l'Unità operativa

SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

ERCOLANO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

ASL APPIZO - PSICHIATRIA **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 COLAMARINO 19 tel 3356487624

nei giorni di MARTEDI' - GIOVEDI'

con orario dalle ore 16.00 alle ore 19.00

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 27-4-10 FIRMA _____

Alpi/gv

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

MODELLO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto di AMATI CARLO nato il 06-11-1959

dirigente di I livello, con incarico di _____ presso l' Unità operativa

SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

ERCOLANO 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 BOLAMARINO n. 19

Cap 80059 Tel. _____

Comune _____ Prov. NA

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 27-6-10

(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 o 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 AMATI CARLO # 351000

Del: 01/07/2004 At: []

Evento: 04012 APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO
 Titolare: []

Sostituto: []

Note: - PROV. GIUR. DEL 06/07/2005 [N. DD 737 :]

Provvedimento: []

Figura MEDDIRSS Dirigente medico con incarico struttura semplice

Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari

Qualifica M19+5E3 Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +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 01.19.04.02 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: 01.19.04.02 - DSM-U.O.(ERCOLANO) - D.S.M

Aggiornamento

Data: 26/12/2007

Utente: ADS

Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE



Handwritten signature

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. 69013 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	COORD.TO COMITATO ETICO	
COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
SERV. GABINETTO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
SERV. AFFARI GENERALI	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
SERV. ANAL. E MONIT. FLUSSO INFOR	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
<input checked="" type="checkbox"/> SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	EX A.S.L. NA 4
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	EX A.S.L. NA 5
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 56	
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 58	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	DISTRETTO N. 59	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA NOLANA	
SERV. RISK MANAGEMENT	OO.RR. AREA STABIESE	