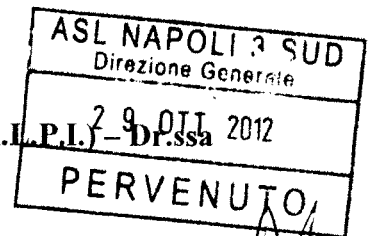


OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr.ssa CINQUE Maddalena. – U.O. Salute Mentale DS58.



**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 dalla Dr.ssa **CINQUE Maddalena** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS58; 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 **Vico Equense – Via Roma n.28**;

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 **CINQUE Maddalena, Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS58** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

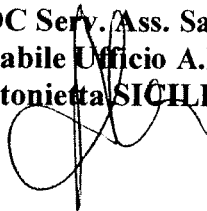
- Che sussistono i presupposti per autorizzare la Dr.ssa **CINQUE Maddalena** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare la Dr.ssa **CINQUE Maddalena**, 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 **Vico Equense – Via Roma n.28**, 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 **CINQUE Maddalena**, 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 **Vico Equense – Via Roma n.28** nel rispetto della normativa vigente;

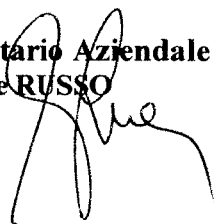
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

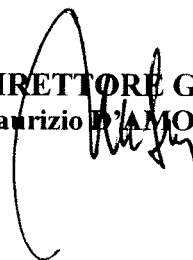
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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
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 CINQUE MADDALENA C.F. CNQMDL52E70L865D
nato il 30/05/1952

In servizio presso l'U.O. di SPDC dell'Ospedale/Distretto/ Servizio GRAGNANO
DI SECCO ADRIANA, PSICHIATRA

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 _____

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

FIRMA Sebastiano L...

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

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 _____ S E D E

Prestazioni effettuabili dal dr CINQUA MADDALENA nato il 30/05/57 matricola 5343

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina _____

Unità Operativa/reparto _____ Ospedale/distretto _____

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
VISITA PSICHIATRICA	50.00	30 (Trento)
11 e successive VISITE PSICHIATRICHE	35.00	
VISITA DOMICILIARE	20.00	
1 Sessione Psicoterapia Individuale	50.00	45 (quarantacinque)
Successive Sessione Psicoterapia Individuale	35.00	45
Psicoterapia di Gruppo	35.00	45
Certificazione Diagnostica	50.00	30 (Trento)
Certificazione medico legale	50.00	30 (Trento)

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 [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

DOMANDA PER SVOLGERE L' ATTIVITA'
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr CINQUE MADDALENA nato il 30/05/52
dirigente di I livello, con incarico di PSICHIATRA presso l' Unità operativa
SSA-SPDC dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
GRAGNANO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,
ASL-APP. LA S PSICHIATRA **CHIEDE**

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

città VICO EOLUENSE prov NA CAP 80069
indirizzo VIA ROMA n 28 tel 081 8730596
nei giorni di LUNEDI - MARTEDI - GIOVEDI - VENERDI
con orario dalle ore 16 alle ore 20

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

2° studio

città _____ prov _____ CAP _____
indirizzo _____ tel _____
nei giorni di _____
con orario dalle ore _____ alle ore _____

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT _____ DATA _____ FIRMA Giuseppe C...

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 CINQUE MADDALENA nato il 30/05/52

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

DSM-SPDC dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

CRAGNANO 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

Vico Trapanese

Via ROMA n. 28

Cap 80069 Tel. 081 8730596

Comune Vicofranca 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

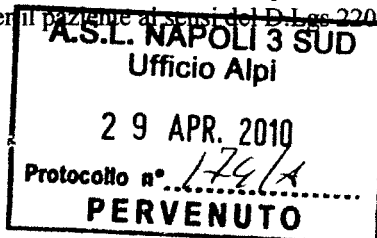
- non rientra tra quelli che necessitano di autorizzazione ai sensi del DGRC 7301/01 (1)
- è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente
- è in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie
- è in regola circa di adempimenti, 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 _____

(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 CINQUE MADDALENA # 534300

Data: 01/12/2007 Al:

Evento: 03013 TRASFERIMENTO - MOBILITA' INTERNA
Titolare

Sostituto:

Note: nota

Provvedimento: NOTA - 371 / 2008

Figure: MEDDIR1L Dirigente medico

Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari

Qualifica: M110E3 Medico Liv. Dir. Ex 10^a - asn >15 anni

Tipo Rapporto:

Attività: 4023 PSICHIATRIA

Ore Settimanali: Trattamento: MED

Centro di Costo: 11900000 Funzionale:

Suddivisione

ANA5 01.19.03.06 Rec.Ass.Cont: 0

Gestione: ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5

STRUTT: 01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALLITE MENTALE

UOC: 01.19.03.00 - DSM-COORDINAMENTO

UOS: 01.19.03.06 - DSM-COORDINAMENTO - D.S.M.

Aggiornamento

Data: 04/07/2011

Utente: STARACE

Sede: DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE

Stamp: 01/12/2007



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

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	