

05 NOV 2012

PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr.ssa ESPOSITO Carolina. – DSM.

**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 **ESPOSITO Carolina** – Dirigente sanitario **PSICOLOGO** in servizio presso il DSM di Castellammare di Stabia; 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 **Castellammare di Stabia – Via Petrarca n.77**;

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 **ESPOSITO Carolina**, Dirigente psicologo presso il DSM di **Castellammare di Stabia** è appartenente alla disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare la Dr.ssa **ESPOSITO Carolina**, Dirigente psicologo del DSM di Castellammare di Stabia - 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 **Castellammare di Stabia alla Via Petrarca n.77**, 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 **ESPOSITO Carolina**, Dirigente psicologo del DSM di Castellammare di Stabia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia alla Via Petrarca n.77** nel rispetto della normativa vigente;

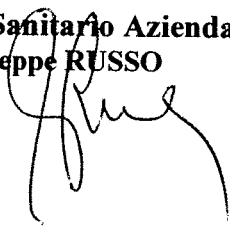
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

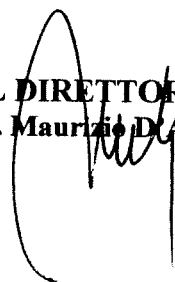
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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 DAMORA**





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. 1180 del 24/04/10

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

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale della Dr.ssa Esposito Carolina.

Avendo verificato l'istanza della Dr.ssa Esposito Carolina, Dirigente Psicologa della U.O.S.M. di S. 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.



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

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
30 APR 2010
Protocolla n. 298/A
PERVENUTO

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

MODELLO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE E INTRAAMBIENTALE

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Dott. A. Lamberti
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr Carolina Esposito _ C.F. spscn53d48c129z

nato il 08.04.1953 a Castellammare di Stabia Napoli

In servizio presso l'U.O. di Castellammare di Stabia e Ufficio Progettazione
dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSM di Castellammare di Stabia

DISC A P.P.L.A. - Psicolo 60

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 - 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 _____

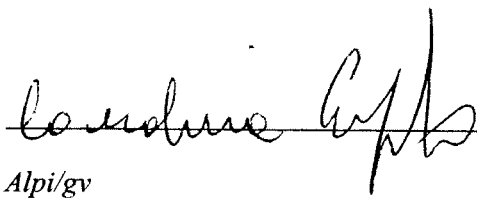
Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore
Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI

Struttura _____ U.O. _____

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
Ufficio Alpi
30 APR. 2010
Protocollo n. 2 P.P.L.A.
PER VERBA

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia

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


Alpi/gv

FIRMA





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'ATTIVITA'
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale do.tt. A. Lamberti
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr Esposito Carolina nato il 08.04.1953

dirigente di I livello, con incarico di Psicologo dirigente presso l' Unità operativa Ufficio Progettazione e Unità dipartimentale dei disturbi del Comportamento alimentare 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 Castellammare di Stabia prov Napoli CAP80052

indirizzo Via Petrarca 77 tel _cell. 328.8460293

nei giorni di : lunedì e venerdì

con orario dalle ore 18 alle ore 20

è situato presso una struttura privata non accreditata

sì no

2° studio

città _____ prov _____ CAP _____

indirizzo _____ tel _____

nei giorni di _____

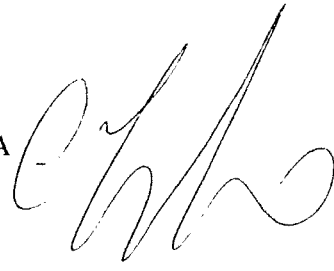
con orario dalle ore _____ alle ore _____

è situato presso una struttura privata non accreditata sì? no

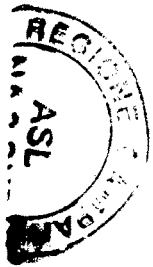
le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT _____ DATA _____

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

ELenco DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURALE
DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA EQUIPE

Al Dir. Sanitario PO/Ds
Dott. P. Patriciello
Al Dir. Ammin. PO/Ds
Dott.R. Grimaldi
All'Ufficio ALPI S E D E

Prestazioni effettuabili dal dr. ssa Carolina Esposito nato il 08.04.1953 matricola 362900
oppure

dall' equipe

nella disciplina psicologia psicoterapia

N.B.

Unità Operativa/reparto_UOSM 80/90, direzione Generale (sede) Ospedale/distretto

Seduta di consulenza e/o sostegno psicologico individuale	€35	€115
Seduta di consulenza e/o sostegno psicologico alla coppia e alla famiglia	€45	€165
Seduta di consulenza e/o sostegno al gruppo (max 12 partecipanti)	€15	€45
Colloquio psicologico clinico individuale e osservazione clinica e comportamentale diretta o indiretta (per seduta). Include visita psicologica	€35	€115
Certificazione e relazione breve di trattamento	€20	€70
Supervisione psicodiagnostica e/o clinica di gruppo (per incontro e per partecipante)	€35	€75
Colloquio anamnestico e	€35	€115

psicodiagnostico individuale

Colloquio anamnestico e
psicodiagnostico familiare o di
coppia €40 €140

Certificazione e relazione
breve psicodiagnostica €20 €70

Psicoterapia individuale (per
seduta) €40 €140

Psicoterapia di coppia o
familiare (per seduta) €55 €185

Psicoterapia di gruppo (per
seduta e per partecipante) (n.
max 12 partecipanti per
gruppo) €20 €70

Elaborazione e costruzione di
progetto di analisi di comunità Secondo accordi tra le parti

Organizzazione e conduzione
di focus group €100 €310

Analisi/Stesura di
profilo/relazione psicologica di
comunità Secondo accordi tra le parti

Analisi organizzativa di
istituzioni, gruppi, associazioni
e comunità Secondo accordi tra le parti

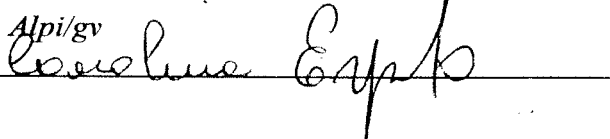
Psicoterapia individuale (per
seduta) €40 €140

Psicoterapia di coppia o familiare
(per seduta) €55 €185

Psicoterapia di gruppo (per
seduta e per partecipante) (n.
max 12 partecipanti per
gruppo) €20 €70

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 0249771212
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 dr ERRO RITO CAROLINA nato il 08-06-1953
 dirigente di _____ livello, con incarico di PSILOGO presso l' Unità operativa
DEMENTROX, DEA 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 _____ a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

Via PETRARCA n. 17

Cap 80053 Tel. 3288660293

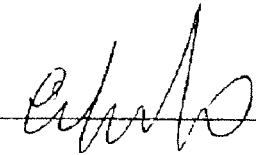
Comune P. NARE D. STABIA Prov. NA

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.

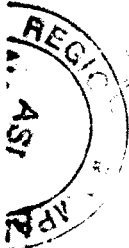
data 08/11/2012



(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

Mod Asl Napoli 3 - LP 7



di **ESPOSITO CAROLINA** # **342900**

Data: **01/03/2004** Al:
Evento: **04000** Applicazione Contrattuale
Titolare

Sostituto:
Note: **- PROV. GIUR. DEL 15/03/2004 [N. DD 359 : AGGIORNAMENTO INDENNITA' RAF]**

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
ANA5 **01.19.04.01** Rec.Ass.Cont: **0**

Gestione: **ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5** Aggiornamento

STRUTT: **01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE** Data: **26/12/2007**

SERV: **01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE** Utente: **ADS**

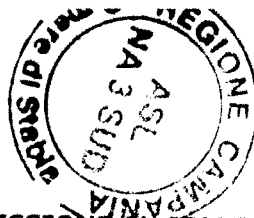
UFF: **01.19.04.01 - DSM-U.O.(MARE-GRAGNANO-C**

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. 71789 in data 09 NOV. 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 08 NOV. 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	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.		DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
	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	
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.		DISTRETTO N. 56	EX A.S.L. NA 5
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.		DISTRETTO N. 57	
	SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.		DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE		DISTRETTO N. 59	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO		OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RISK MANAGEMENT		OO.RR. AREA STABIESE	