

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. FALABELLA Vincenzo. – U.O. Salute Mentale DS53.

**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 dal Dr. **FALABELLA Vincenzo** – 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 i propri studi privati siti in **Napoli – Via M. da Caravaggio n.143 e Napoli - L.go Sermoneta n.33;**

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. **FALABELLA Vincenzo, Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS53** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

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

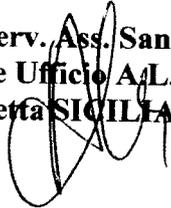
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **FALABELLA Vincenzo**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso i propri studi privati siti in **Napoli – Via M. da Caravaggio n.143 e Napoli - L.go Sermoneta n.33,** 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. **FALABELLA Vincenzo**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso i propri studi privati siti in **Napoli - Via M. da Caravaggio n.143** e **Napoli - L.go Sermoneta n.33**, nel rispetto della normativa vigente;

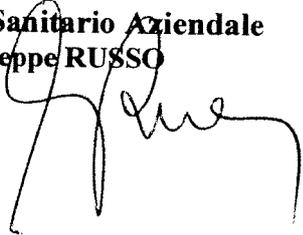
Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

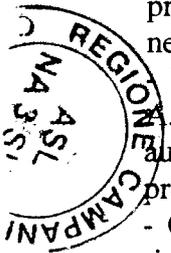
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**



MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE E
INTRAMOENIA

Prot.n. 315 del 23/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. VINCENZO FALABELLA C.F. FLBVCN52A19F295J
nato il 13 GENNAIO 1952

In servizio presso l'U.O. di SALUTE MENTALE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio D.S.M. ASL NA3 SUD
DIST. 53 (EX NS)

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

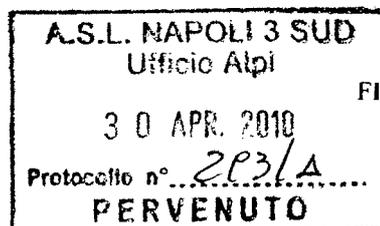
Struttura A.S.L. NA1 CENTRO U.O. C.P. DI SECONDA GIARNA

Polizza RC terzi ed infortuni n. 2008/03/2021240 Compagnia REALTA' AUTONOMA AC. NA. CENTRO

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

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 1



FIRMA

Vincenzo Falabella

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

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds 53
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds 53
 All'Ufficio ALPI SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr VINCENZO FALABELLO nato il 13/11/1952 matricola 427409

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina PSICHIATRIA

Unità Operativa/reparto SALUTE MENTALE Ospedale/distretto 53

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
• VISITA MEDICA	€ 200.00	M 120
• VISITA PSICHIATRICA CON TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	€ 160.00	H 30
• SEDUTA DI TRAINING AUTOMATO DI SOSTEGNO DI RILASSAMENTO	€ 80.00	M 60
• SEDUTA DI TERAPIA PSICHIATRICA	€ 80.00	M 60
• PSICOTERAPIA	€ 100.00	M 60
• CERTIFICAZIONE MEDICO-LEGALE	€ 200.00	M 120
• PSICHIATRIA FAMILIARE - DI GRUPPO	€ 150.00	M 120
• VISITA PSICHIATRICA CON TRATTAMENTO DI M.N.C.	€ 120.00	M 70
• CONSULENZA PSICHIATRICA		
• % CENTRO PERIZIANDI DI SECONDO LIVELLO - ASL NA 3 SUD	CONFERMA TARIFFAZIONE	-

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 Vincenzo Falabella

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 VINCENZO FALABELLA nato il 13 GENNAIO 1954
dirigente di II livello, con incarico di STRUTTURA COMPLESSA presso l' Unità operativa
DI SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
N 53 (EX DISINSE-30) a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

DELLA APP-2A - PSICHIATRIA **CHIEDE**
di poter effettuare l' attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale,
presso il proprio studio professionale

città NAPOLI prov NA CAP 80126

indirizzo VIA R. DA CARAVAGGIO N 53 tel 338/9622305

nei giorni di MARTEDI' GIOVEDI'

con orario dalle ore 1700 alle ore 2100
2000 2200

è situato presso una struttura privata non accreditata? no si

2° studio

città NAPOLI prov NA CAP 80123

indirizzo LUGLIO SERRANETA N 33 tel 338/9622305

nei giorni di MARTEDI' GIOVEDI'

con orario dalle ore 1700 alle ore 2100
2000 2200

è situato presso una struttura privata non accreditata? no si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT 315 DATA 29/03/2012 FIRMA Vincenzo Falabella

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

A

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. 315 del 23/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr VINCENZO FALABELLO nato il 13 GENNAIO 1952

dirigente di II livello, con incarico di STRUTTURA COMPLESSO presso l'Unità operativa

SALUTE MENTALE DISTANSA (EX N. 87/22) dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DISTANSA 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

NAPOLI

Via LARGO SERRONEIANI n. 33

Cap 80123 Tel. 338/3422305

Comune NAPOLI 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 23/03/2010

Vincenzo Falabella

(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

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. 315 del 23/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr VINCENZO FALABELLA nato il 13 GENNAIO 1956

dirigente di G livello, con incarico di STRUTTURA CONCESSA presso l' Unità operativa

SALUTE MENTALE DISTAN 53 (EX N. 87/90) dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DISTAN 53 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

NAPOLI

Via N. DA CARAVAGGIO n. 143

Cap 80126 Tel. 338/3422395

Comune NAPOLI 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 23/03/2010

Vincenzo Falabella

(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 **FALABELLA VINCENZO** # **427400**

Dal: **04/02/2009** Al: **1**
 Evento: **02036** **NOMINA - CONFERIMENTO INCARICO**
 Titolare:
 Sostituto:
 Note: **RICONFERMA TEMPORANEA E PROV. RESP.TA' - UOSM D.S. N° 80-90 -**
 Provvedimento: **DEL. - 80 / 2009**
 Figura **MEDDIRSC** **Dirigente medico con incarico struttura complessa**
 Contratto: **MEDV** **USL - Medici e Veterinari**
 Qualifica **M2DIRME** **Medico II Liv. Dir. Area Med.**
 Tipo Rapporto: **SC** **Struttura Complessa**
 Attività: **4023** **PSICHIATRIA**
 Ore Settimanali: **Trattamento: MED**
 Centro di Costo: **Funzionale:**

Suddivisione: **ANA5** **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-ORAGNANO-C**
Aggiornamento
 Date: **13/03/2009**
 Utente: **CIRILLO**
 Sede **DIP001** **DIP. DI SALUTE MENTALE**



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A' or similar, located on the right side of the document.

