

ASL NA3 SUD
02 NOV 2012
PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr.ssa SADDI Alba. - DSM 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 dalla Dr.ssa **SADDI Alba** - Dirigente sanitario **PSICOLOGO** in servizio presso il DSM DS53; 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 Regina Margherita n.71**;

VENUTO 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 **SADDI Alba**, Dirigente psicologo presso il DSM DS53 è appartenente alla disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

RITENUTO:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare la Dr.ssa **SADDI Alba**, Dirigente psicologo del DSM DS53 - 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 - Via Regina Margherita n.71**, 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 **SADDI Alba**, Dirigente psicologo del DSM DS53, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia – Via Regina Margherita n.71**, 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;

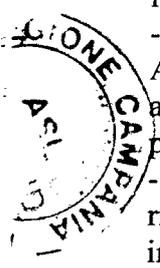
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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**



AS

**MODELLO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMOENIA**

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. ALBA SADDI C.F. SDDLBA61T64F839W
nato il 24/12/61

In servizio presso l'U.O. di SALUTE MENTALE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DSM
di C/MARE DI STABIA

DR. ALBA SADDI
PSICOLOGO
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 CLINICA

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

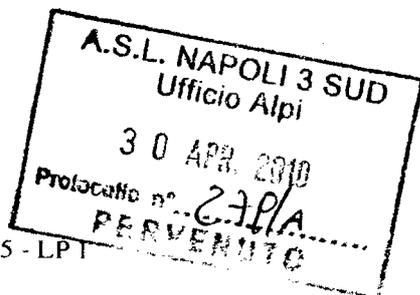
Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia _____

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

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LPT



FIRMA _____

[Handwritten signature]

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

**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 ALBA SADDI nato il 24/12/61 matricola 414000

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina PSICOLOGIA CLINICA

Unità Operativa/reparto UOSM di MARE Ospedale/distretto DSM
di STABIA

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO IND	€ 100	60'
ESAME PSICODIAGNOSTICO CON		
SOMMINISTRAZIONE TEST MMPI	€ 250	180'
SEDUTA DI PSICOT. INDIV.	€ 120	60'
SEDUTA DI PSICOT. DI COPPIA	€ 150	60'
SEDUTA DI PSICOT. FAMILIARE	€ 180	70'
SEDUTA DI PSICOT. DI GRUPPO	€ 70	90'
INTERVENTO DI MEDIAZ. FAM	€ 80	60'



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 INFRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ALBA SADDI nato il 29/12/61
dirigente di I livello, con incarico di PSICOLOGO DIR presso l' Unità operativa
DSM di C/MARE DI STABIA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
DSM

a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,
INCL APP. 205 PSICOLOGO DIR CHIEDE
di poter effettuare l' attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale,
presso il proprio studio professionale

città CASTELAMMARE DI STABIA prov NA CAP 80053

indirizzo VIA R. MARGHERITA, 71 tel 081 8728236

nei giorni di LUNEDI

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 27/09/10 FIRMA [Signature]

Alpi/gv

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 dr ALBA SADDI nato il 29/10/61

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

U.O.S.M. di C/MARE DI STABIA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DSM 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

C/MARE DI STABIA

Via R. MARGHERITA n. 71

Cap 80053 Tel. 081 8728236

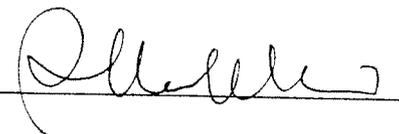
Comune C/MARE DI STABIA Prov. NA

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 27/04/10



(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 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 **SADDI ALBA** # **414000**

Dal: **01/11/2006** Al: **/ /**

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

Sostituto: **/ /**

Note: **DETERMINA IN CORSO DI ADOZIONE**

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: **/ /** Funzionale: **/ /**

Suddivisione

ANAS **01.19.04.01** **Rec.Ass.Cort: 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-LINTE' OPERATIVE**

UOS: **01.19.04.01 - DSM-U.O.(CMARE-GRAGNANO-C**

Aggiornamento

Date: **03/10/2008**

Utente: **STARACE**

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. 71791 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

A

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	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	