



ASL NAPOLI3 SUD Direzione Generale
09 NOV 2012
PERVENUTO (A.L.P.I.) - Dr.

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria**  
**PERILLO Antonio. – Ser.T. DS n.51.**

**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. **PERILLO Antonio** – Dirigente sanitario **PSICOLOGO** in servizio presso il Ser.T. DS51 di Pomigliano d'Arco; 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 **Ottaviano – Via Massa n.41**;

**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:**

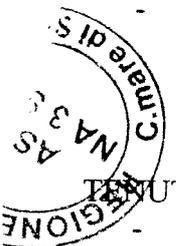
- Che il Dr. **PERILLO Antonio**, Dirigente psicologo presso il Ser.T. DS51 è appartenente alla disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

**RITENUTO:**

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

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

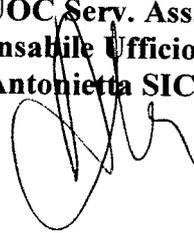
- Di autorizzare il Dr. **PERILLO Antonio**, Dirigente psicologo del Ser.T. DS51 - disciplina Psicologia Clinica- Psicoterapia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Ottaviano alla Via Massa n.41**, 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. **PERILLO Antonio**, Dirigente psicologo del Ser.T. DS51, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Ottaviano alla Via Massa n.41** nel rispetto della normativa vigente;

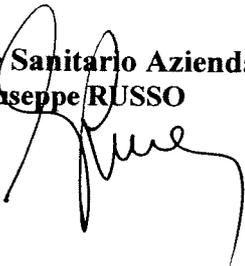
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

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;

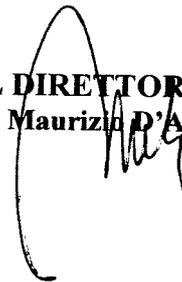
Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

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**



ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Arrivo  
0058560 del 18/09/2012 - 14:03

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
P.E.C.F. 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Prot. 2804/E  
del 20/9/12



Prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. **ANTONIO PERILLO** (PRLNTN59206F839X)  
nato il **06/07/59**

In servizio presso F.U.O. di **SERT. POMIGLIANO** (Ospedale/Distretto/ Servizio **DISTRETTO 41**)  
disc. **A.P.P.L.A. ; 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**

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS, 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, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS

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

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 3 S.P. 1

Regione Campania  
 Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 P/CF 02-49771212  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729888 - 8729502 Fax 081/8729507

*Handwritten signature*

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds \_\_\_\_\_  
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds \_\_\_\_\_  
 All'Ufficio ALPI \_\_\_\_\_

Prestazioni effettuabili dal dr ANTONIO PERILLO nato il 06/08/59 matricola 9289 SEDE  
 oppure  
 dall' equipe CAIARO / PERILLO  
 nella disciplina \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione c/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>PERCORSO DI ASSISTENZA</u>	<u>EURO 150</u>	
<u>TABAGLIA composta</u>		
<u>da:</u>		
<u>A) n. 1 VISITA MEDICA</u>		<u>30 MINUTI</u>
<u>B) n. 1 COLLOQUIO PSICOLOGICO</u>		<u>30 "</u>
<u>C) n. 2 SEDUTE DI TERAPIA</u>		<u>90 "</u>
<u>PIA DI GRUPPO</u>		
<u>COGNITIVO - COMPORTAMENTALE</u>		



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  
P.I.C.F. 0249771212

UFFICIO ALPI

Tel.081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ANTONIO PERILLO nato il 06/07/59  
dirigente di I° livello, con incarico di RESP. A.M.B. TABAGISMO presso l' Unità operativa  
SER. T. PORTIGLIANO dell' ~~Capolivello~~ / Distretto / Servizio ~~Centrale~~  
D.S.S.I PORTIGLIANO DI AKRO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.  
DR. APP. 24 ; P.S. COLO 60 CHIEDE

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



città OTTAVIANO prov NA CAP 80044  
indirizzo VIA MASSA 41 tel 333 9813239  
nei giorni di LUNEDÌ e VENERDÌ  
con orario dalle ore 18.00 alle ore 20.00

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 30/08/12 FIRMA [Signature]

Alp/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

MODULO PER LA AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

Prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. ANTONIO PERILLO nato il 06/08/59  
dirigente di I° livello, con incarico di RESP. AMB. FARMACIA presso l' Unità operativa  
SER.T. POMIGLIANO dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
D.S.S. POMIGLIANO MARCO 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

OTTAVIANO

Via MASSA n. 11

Cap 80044 Tel. 3338813239

Comune OTTAVIANO Prov. NA

Con il 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 30/08/12

APU

(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

**U.O.C. SERVIZIO ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE ASL NAPOLI 3 SUD  
UFFICIO A.L.P.I.**  
**Direttore: Dr.ssa A. Siciliano**  
C.so A. de' Gasperi, 167 – 80053 –  
Castellammare di Stabia (NA) tel e fax 081 8729098  
P.e.c.: ass.base@pec.aslnapoli3sud.it

Prot. n.2832/CS  
Del 24.9.'12

Al Direttore Serv. GRU  
Al Resp. Settore Giuridico  
LORO SEDI

OGGETTO: Richiesta verifica disciplina di appartenenza **Dr. PERILLO Antonio n.06.7.'59.**



Dovendo procedere alla verifica della disciplina di appartenenza al fine di poter valutare se concedere la eventuale autorizzazione all'esercizio A.L.P.I., al sanitario in epigrafe; si chiede di comunicare la disciplina di appartenenza del suindicato sanitario, allo stato in servizio presso il DSM, U.O. di Pomigliano d'Arco (NA).

Si resta in attesa di cortese sollecito riscontro in merito, anche a margine della presente e stesso mezzo. Cordialità

**Il Responsabile UOC Ass. San. di Base  
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.**  
AZIENDA SANITARIA **SUD**  
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD  
Responsabile *Dr.ssa A. SICILIANO*



**RISCONTRO**

Prot. n.                    del

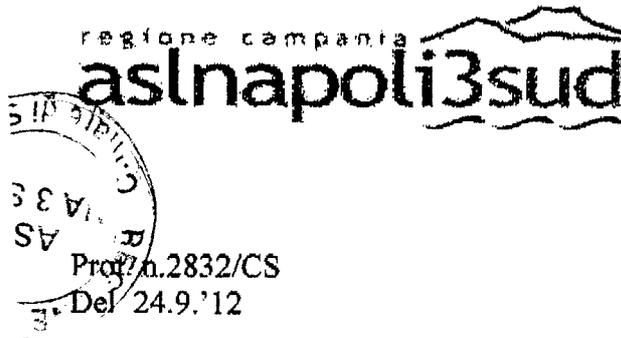
Visti gli atti, si certifica che la disciplina di appartenenza del sanitario di cui alla presente è \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Tanto ad evasione della presente.

RAPPORTO VERIFICA TRASMISSIONE

ORA : 24/09/2012 16:06  
NOME : UOC ASS BASE NA3SUD  
FAX : 0818729098  
TEL : 0818729098  
SER. # : 000B0N391707

DATA, ORA	24/09 16:06
FAX N./NOME	3063
DURATA	00:00:22
PAGINE	01
RISULT	OK
MODO	STANDARD
	ECM



**U.O.C. SERVIZIO ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE ASL NAPOLI 3 SUD  
UFFICIO A.L.P.I.**  
Direttore: **Dr.ssa A. Siciliano**  
C.so A. de' Gasperi, 167 – 80053 –  
Castellammare di Stabia (NA) tel e fax 081 8729098  
P.e.c.: [ass.base@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:ass.base@pec.aslnapoli3sud.it)

Al Direttore Serv. GRU  
Al Resp. Settore Giuridico  
LORO SEDI

**OGGETTO:** Richiesta verifica disciplina di appartenenza **Dr. PERILLO Antonio n.06.7.'59.**

Dovendo procedere alla verifica della disciplina di appartenenza al fine di poter valutare se concedere la eventuale autorizzazione all'esercizio A.L.P.I., al sanitario in epigrafe; si chiede di comunicare la disciplina di appartenenza del suindicato sanitario, allo stato in servizio presso il DSM, U.O. di Pomigliano d'Arco (NA).

Si resta in attesa di cortese sollecito riscontro in merito, anche a margine della presente e stesso mezzo. Cordialità

**Il Responsabile UOC Ass. San. di Base  
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.**

**AZIENDA SANITARIA DI BASE ASL NA 3 SUD  
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD  
Responsabile *Dr.ssa A. SICILIANO***

**RISCONTRO**

**APESS - Servizio di fatto in Inquadramento**

di **PERILLO ANTONIO** \* 2009289

Del: **01/02/2006** I

Evento: **SR** Servizio in ruolo  
 Titolare:

Sostituto:

Note:

Provvedimento:

Figura: **OPSIC** Dirigente Psicologo

Contratto: **CDIR** Contratto Comparto Dirigenti

Qualifica: **P19+5E2** Psicologo Livello Dirigenziale Ex Collaboratore fra 5 e 15 anni

Tipo Rapporto:

Attività:

Ore Settimanali:

Centro di Costo: Funzionale: **Trattamento: TR**

Suddivisione:

**INA4** **D71490** \* Rec. Ass. Cont. **0**

U.O.: **D71490 - UNITA' OP. SERV.** Aggiornamento:

Data: **23/11/2010** I

Utente: **IRASCONA**

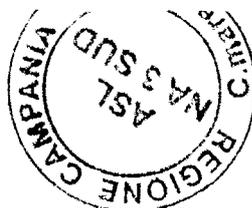
Sede: **005** **DISTRETTO 71 POMIGLIANO**

ASL NA 3 SUD

ASL NA 3 SUD

ASL NA 3 SUD

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Fullo)

Marco Fullo

### **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. 23571 in data 16/11/12

### **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

13

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA** 15 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	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 56	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
	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	