

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

**Direttore Generale Dott. Mauro Maccari**

(Decreto Presidente Regione Lazio n. T00041 del 31/03/2025)

**Deliberazione del Direttore Generale n.1/DG/2025 del 01/04/2025**

n. 258/DG/2025 del 19/06/2025

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

| <b>STRUTTURA PROPONENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>UOSD SVILUPPO COMPETENZE E FORMAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                               |
| <p>Oggetto: Convenzione con l'Istituto di Terapia Familiare, con sede legale Via della Torretta n.16 - 50137 - Firenze, per lo svolgimento di tirocinio di formazione ed orientamento.</p> <p>Estensore: Dott.ssa Tomassini Nadia</p> <p>Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.</p> <p>Responsabile del Procedimento: Dott. Formichetti Marino</p> <p>Data 16/06/2025 Firmato elettronicamente da Formichetti Marino</p> <p>Il Dirigente: Dott. Nigi Elisabetta</p> <p>Data 18/06/2025 Firmato elettronicamente da Nigi Elisabetta</p> <p>Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.</p> <p>Voce del conto economico su cui imputare la spesa:</p> <p>Autorizzazione: Senza impegno di spesa</p> <p>Data</p> |                                                                                                                                                                               |
| <p>Parere del Direttore Amministrativo</p> <p>favorevole <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Data 18/06/2025</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Dott.ssa Elisabetta Nigi</p> <p>non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) <input type="checkbox"/></p> <p>Firmato elettronicamente da Nigi Elisabetta</p> |
| <p>Parere del Direttore Sanitario</p> <p>favorevole <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Data 19/06/2025</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Dott. Angelo Barbato</p> <p>non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) <input type="checkbox"/></p> <p>Firmato elettronicamente da Barbato Angelo</p>      |

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

***IL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA  
UOSD SVILUPPO COMPETENZE E FORMAZIONE***

PREMESSO che, con nota del 12/06/2025, è pervenuta una richiesta di convenzione da parte dell'Istituto di Terapia Familiare, con sede legale Via della Torretta n.16 - 50137 - Firenze, per lo svolgimento di tirocinio di formazione ed orientamento;

PREMESSO altresì, che:

- l'art. 3 della Legge n. 56/1989 stabilisce che, ai fini della formazione professionale all'esercizio dell'attività psicoterapeutica, le scuole di psicoterapia riconosciute sono equiparate alle scuole di specializzazione universitarie; che, ai sensi degli articoli 2 e 8 del Regolamento n. 509/1998;
- gli allievi delle scuole in psicoterapia sono tenuti ad effettuare un tirocinio, suddiviso in almeno cento (130) ore per ciascun anno di corso, presso strutture pubbliche o enti privati accreditati/convenzionati col S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale), nei quali l'allievo possa confrontare la specificità del proprio modello di formazione con la domanda articolata dell'utenza ed acquisire esperienza di diagnostica clinica e di intervento in situazioni di emergenza;
- l'O.M. 10 dicembre 2004 e s.m.i prevedono che, nell'atto di convenzione, debba risultare che il tirocinio è finalizzato alla formazione in psicoterapia secondo quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento n. 509/1998, che nella struttura ospitante si svolge attività di psicoterapia, che sia dichiarato il periodo di validità della stessa ed il numero massimo di allievi dell'Istituto promotore che può svolgervi annualmente il tirocinio con la supervisione di uno psicoterapeuta.

VISTO il D.M. del 20.03.1998, (G.U. n. 92, del 21.04.1998) con il quale il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, ha autorizzato l'Istituto di Terapia Familiare, ad istituire e ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia, ai sensi dell'art. 3 della Legge 56/89;

VISTA la deliberazione n. 156/D.G. del 05/02/2002 di approvazione del regolamento per le modalità di accesso e svolgimento della frequenza presso le strutture dell'Azienda;

VISTA la proposta di convenzione da parte dell'Istituto di Terapia Familiare di Firenze di cui all'allegato schema che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (all.1);

VISTO l'atto di nomina a Responsabile del Trattamento dei dati Personali (all.2);

RILEVATO che l'art. \_della convenzione di cui trattasi prevede una validità di 1 anno dalla data della sua sottoscrizione e che eventuali rinnovi saranno approvati con appositi atti scritti;

RILEVATO altresì, che l'assicura che l'Istituto di Terapia Familiare di Firenze, nell'espletamento dell'attività di tirocinio, gli specializzandi siano coperti da adeguata polizza assicurativa per responsabilità civile contro terzi, nonché da polizza INAIL infortuni contro gli eventuali rischi derivanti dall'espletamento del tirocinio;

RITENUTO che lo svolgimento dell'attività di tirocinio da parte degli allievi sia di interesse Aziendale;

VISTO il D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni concernente "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" e successive modificazioni ed integrazioni;

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

### **PROPONE**

- STIPULARE, per i motivi esposti in premessa, con l'Istituto di Terapia Familiare, con sede legale Via della Torretta n.16 - 50137 - Firenze, apposita convenzione della durata di 1 anno dalla data della sua sottoscrizione e che eventuali rinnovi saranno approvati con appositi atti scritti, per lo svolgimento di tirocinio di formazione ed orientamento, secondo l'allegato schema che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (all.1);
- DI DARE ATTO che l'Istituto di Terapia Familiare di Firenze, accetta di essere nominata, come Responsabile del Trattamento dei dati Personali ai sensi di quanto previsto dall'art.28 del Regolamento 2016/679/UE e s.m.i., come da apposito atto che si allega quale parte integrante e sostanziale alla presente convenzione (all.2);
- DI DARE ATTO altresì che l'attività di cui trattasi non comporta oneri a carico dell'Azienda e che l'Istituto di Terapia Familiare di Firenze, assicura che, nell'espletamento dell'attività di tirocinio, gli specializzandi siano coperti da adeguata polizza assicurativa per responsabilità civile contro terzi, nonché da polizza INAIL infortuni contro gli eventuali rischi derivanti dall'espletamento del tirocinio;
- DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

☐

per esteso

☒

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

### **D E L I B E R A**

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale  
Dott. Mauro Maccari