



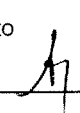
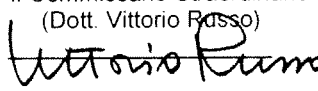
ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 000661 DEL 02 MAG. 2011

XX

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA - DOTT. VAIANO CARLO – PSICHIATRIA – DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione è affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal 05 MAG. 2011 e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato _____ 	La presente deliberazione è stata affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato _____ _____	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal _____ Il Dirigente _____ _____	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. 02 MAG. 2011 Il Commissario Straordinario (Dott. Vittorio Russo) 

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Vittorio Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 600 del 05.08.2010, n. 976 del 30.12.2010, n. 15 del 14.01.2011, n. 30 del 28.01.2011, n. 57 del 21.02.2011 e n. 84 del 07.03.2011, in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

ASL NAPOLI 3 SUD
Ufficio Commissario Straordinario

18 APR. 2011

PERVENUTO
Ufficio Commissario Straordinario

22 APR. 2011

PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. **VAIANO CARLO – PSICHIATRIA** – Direzione Sanitaria Aziendale

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio GRU e delle risultanze e degli atti su 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 del Servizio GRU a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO CHE:

CON delibera n.447 del 23/09/2009 ad oggetto "Adozione regolamento attività libero professionale intramoenia", modificata con delibera n. 848/10 e successiva 1410/10, questa ASL in attuazione della legge 120 del 3/08/2007 ha inteso regolamentare l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria effettuato dalla dirigenza medica, sanitaria e veterinaria;

CON delibera n. 751 del 23/12/2009 è stata costituita la Commissione Paritetica Aziendale di Monitoraggio con compiti di verifica e monitoraggio attività ALPI;

CON determina dirigenziale n. 320 del 12/03/2010 del Servizio Gestione Risorse Umane è stato costituito l'Ufficio dell'Attività Libero Professionale Intramoenia(Ufficio ALPI);

RICHIAMATO il predetto regolamento nella parte in cui stabilisce che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'attività intramoenia, ancorchè già autorizzati, devono formulare alla Direzione Generale istanza per ottenerne l'autorizzazione;

VISTA

la richiesta, completa della tipologia delle prestazioni e degli orari destinati a tale attività, presentata dal Dott. Vaiano Carlo - Dirigente Medico Disciplina di Psichiatria incardinato presso la Direzione Sanitaria Aziendale - con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'attività professionale in regime di intramoenia nella disciplina specialistica di Neurologia da effettuarsi:

- presso il proprio studio con sede a Terzigno – via C.Alessandro Volta N. 87

PRESO ATTO dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio ALPI;

RITENUTO

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott. **VAIANO CARLO** a svolgere l'attività libero professionale nella disciplina di Neurologia;

SI PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

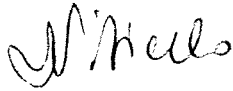
-**Di accogliere** la richiesta del Dott. **VAIANO CARLO** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di NEUROLOGIA da effettuarsi :

- presso il proprio studio con sede a Terzigno – C.so Alessandro Volta n. 87

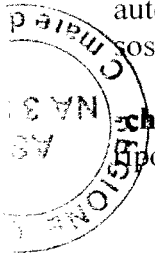
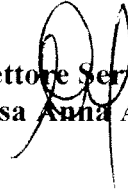
-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni effettuabili dal Dott. Vaiano Carlo, in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente.

che gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione.

Il Responsabile Ufficio ALPI
D.ssa M.Franca Vitiello



Il Direttore Servizio GRU
D.ssa Anna Alfieri



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO ATTO DELLA REGOLARITA' DELLA ISTRUTTORIA COMPIUTA DAL SERVIZIO GRU NONCHE' DELLA DICHIARAZIONE DI LEGITTIMITA' TECNICA ED AMMINISTRATIVA RESA DAL DIRETTORE SERVIZIO GRU PROPONENTE CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA CHE PRECEDE

DELIBERA

-**Di accogliere** la richiesta del Dott. **VAIANO CARLO** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **NEUROLOGIA** da effettuarsi :

- presso il proprio studio con sede a Terzigno – C.so Alessandro Volta n. 87;

-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni effettuabili dal Dott. Vaiano Carlo in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente;

-**che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

L'Ufficio ALPI in uno al Servizio GRU proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i consequenziali adempimenti

Dare alla presente immediata esecuzione.

Atto non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94.

Il Commissario Straordinario

Dr. Vittorio Russo

Vittorio Russo

OR

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
 P/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 Sig. Direttore Sanitario PO/Ds _____
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds _____
 All'Ufficio ALPI _____ **SEDE**



Prestazioni effettuabili dal dr. CARLO VAIANO nato il 21-3-1959 matricola _____

oppure

dall' equipe _____

nella disciplina _____

Unità Operativa/reparto _____ Ospedale/distretto _____

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
VISITE SPECIALISTICHE	FO €	40 minuti
" " CONTROLLO	SO €	30 minuti

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
P/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
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr VAIANO CARLO nato il 21-3-59
dirigente di I livello, con incarico di DIRETTORE MEDICO PSICHIATRIA presso l' Unità operativa
_____ dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

DIREZIONE SANITARIA AZIENDA 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 TERZIGNO prov NA CAP 80040

indirizzo C. ALESSANDRO VATA 87 tel 3388606101

nei giorni di MARTEDI - GIOVEDI

con orario dalle ore 17⁰⁰ alle ore 20⁰⁰

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

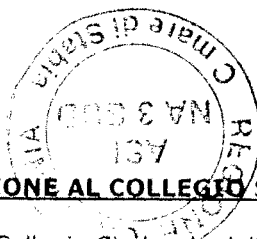
le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT _____ DATA 16-3-2011 FIRMA _____

Alpi/gv

Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
(Dott. Marco Tullo)



[Signature]

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. 14970 in data 07 MAG. 2011

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

[Signature]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 02 MAG. 2011 / **A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	SUB COMMISSARIO AMMINISTRATIVO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SUB COMMISSARIO SANITARIO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
<input type="checkbox"/>	COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
<input type="checkbox"/>	SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
<input type="checkbox"/>	SERV. AFFARI GENERALI	DISTRETTO N. 48	
<input type="checkbox"/>	SERV. AFFARI LEGALI	DISTRETTO N. 49	
<input type="checkbox"/>	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
<input type="checkbox"/>	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
<input type="checkbox"/>	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 52	
<input type="checkbox"/>	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 53	EX A.S.L. NA 5
<input type="checkbox"/>	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 54	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 55	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
<input type="checkbox"/>	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 56	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
<input type="checkbox"/>	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 57	
<input type="checkbox"/>	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 58	
<input type="checkbox"/>	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 59	
<input type="checkbox"/>	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	P.O.SANTA MARIA DELLA PIETA'	
<input type="checkbox"/>	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	P.O. CAV. RAFFAELE APICELLA	
<input type="checkbox"/>	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA STABIESE	
<input type="checkbox"/>	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
<input type="checkbox"/>	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	
<input type="checkbox"/>	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND		