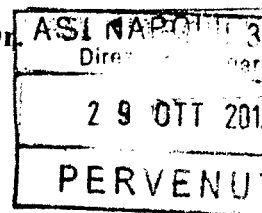


OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. RAGO Vito. – U.O. Salute Mentale DS55.



**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E REPONSABILE 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. **RAGO Vito** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS55; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Portici – Via Libertà n.246**;

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. **RAGO Vito**, **Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS55** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:


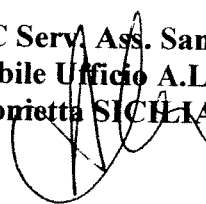
- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **RAGO Vito** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **RAGO Vito**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Portici – Via Libertà n.246**, 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. **RAGO Vito**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Portici – Via Libertà n.246** 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 DI AMORA**



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

Prot. n. _____ del _____ Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Di **RAGO VITO** C.F. **RGAVTI68E062259R**
nato il **06/05/1968** a **STIANO AVELLANO**

in servizio presso l'U.O. di **SALVEMENTALE** dell'IPD-pedale-Distretto/ Servizio **ERCOLEANO**
DR. APPELLA, PSICHIATRIA

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 - PSICOTERAPIA

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

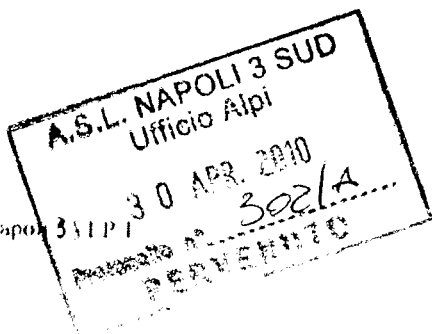
Struttura _____ **U.O.** _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia _____

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

Alpi/gv

Mod. Asl Napoli 3/1/P/1



FIRMA

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

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr RAGO VITO nato il 06-05-1969

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

DI SALUTE MENTALE dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

di ERCOLANO

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

PORTICI

Via LIBERSA' n. 266

Cap 80055 Tel. 3498122225

Comune PORTICI Prov. NA

nel 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

13/4/2010

Vito Rago

(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
P.I.C.F. 0249771212
UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. RAEO VITO nato il 06-05-1969
dirigente di I livello, con incarico di PSICHIATRA presso l'Unità operativa
S. SALUTE MENTALE dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
CASCANO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASI, Napoli 3 sud.

CHIEDE

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

1° studio
città PONTICCI prov. NA CAP 81053
indirizzo VIA LIBERTÀ, 246 tel. 3698107025
nei giorni di LUN - MERCOLEDÌ PER ACCURATO
con orario dalle ore 10,00 alle ore 19,00

è situato presso una struttura privata non accreditata? no

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 sì

le tariffe sono quelle comunicate all'azienda

PROF. _____ DATA _____ FIRMA _____

Alpi cv

Mod ASI Napoli 3 - EP 6

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
 PECF 0219771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

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

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr **RAGO VITO** nato il **06/5/68** matricola **660700**

oppure

dall'equipe

nella disciplina **PSICHIATRIA - PSICOTERAPIA**

Unità Operativa reparto **SALUTE MENTALE Ospedale/distretto SERVIZIO ERIOLANO**

Prestazione o/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

VISITA PSICHIATRICA	100 €	60 (minuti)
VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE	150 €	120 (minuti)
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	80 €	45 (minuti)
PSICOTERAPIA FAMILIARE	120 €	80 (minuti)
VISITA PSICHIATRICA RELAZIONI PROFESSIVE MEDICO-LEGALI	300 €	600 (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 prestatato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA

di RAGO VITO # 660700

Dal: 01/08/2006 Al: []
Evento: 04011 APPL. ART.4 CCNL DIR.98/01 RETR. POSIZIONE
Titolare
Sostituto:
Note: Attribuzione indennità di retribuzione di posizione minima unificata
Provvedimento: D.D. - 981 / 2008
Figura MEDDIR1L Dirigente medico
Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari
Qualifica M19+5E2 Medico I Liv. Dir. Ex 9^a +5 anni - ssn 5/15 anni
Tipo Rapporto
Attività: 4023 PSICHIATRIA
Ore Settimanali: Trattamento: TMED
Centro di Costo: Funzionale:

Suddivisione
ANA5 01.19.04.02 Rec.Ass.Cont: 0
Gestione: ANA5 - 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: 01.19.04.02 - DSM-U.O.(ERCOLANO) - D.S.M
Sede DIP001 DIP. DI SALUTE MENTALE
Data: 28/01/2009
Utente: STARACE

REG. ASL

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullio)

Marco Tullio

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. 69013 in data 31 OTT. 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

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 30 OTT. 2012 / _____ **A:**

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	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	EX A.S.L. NA 4
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	
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	