

Direzione Generale
18 077 2012
PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) Dr. ACANFORA Luigi. – U.O. Salute Mentale DS56.

**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:

Istanza inoltrata dal Dr. **ACANFORA Luigi** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS56; 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 **Pompei – Via Tre Ponti n.68**;

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. **ACANFORA Luigi**, **Dirigente medico presso U.O. Salute Mentale DS56** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

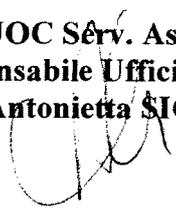
- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **ACANFORA Luigi** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **ACANFORA Luigi**, 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 **Pompei alla Via Tre Ponti n.68**, 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**



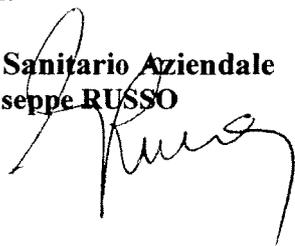
IL DIRETTORE GENERALE

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

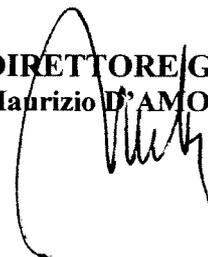
DELIBERA

- Di autorizzare il Dr. **ACANFORA Luigi**, 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 **Pompei alla Via Tre Ponti n.68** 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**



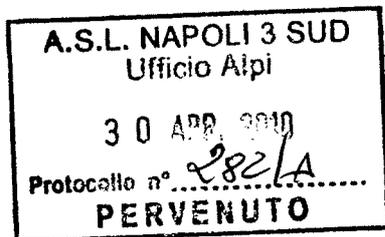
Prot. 1198 del 28/04/2010

UFFICIO A.L.P.I. ASL NAPOLI 3 SUD
SEDE

Oggetto: istruttoria richiesta attività libero-professionale del Dr. Acanfora Luigi.

Avendo verificato l'istanza del Dr. Acanfora Luigi, Dirigente Psichiatra della U.O.S.M. di Torre Annunziata, ed avendo valutato che la stessa è corrispondente agli indirizzi dettati dal Regolamento Aziendale per lo svolgimento dell'ALPI, si esprime parere favorevole e si trasmette per gli adempimenti di competenza.

IL DIRETTORE DSM ex ASL NA/5
Dr. Francesco Della Pietra



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

MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E ATTIVITÀ INTRA AZIENDALE

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr ACANFORA LUIGI C.F. CMFLGV59H08G813M

nato il 8/6/59

In servizio presso l'U.O. di TERRE ALTA dell'Ospedale/Distretto/ Servizio UCSM

DESCRIZIONE ATTIVITÀ 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

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 NEUROLOGIA

Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI

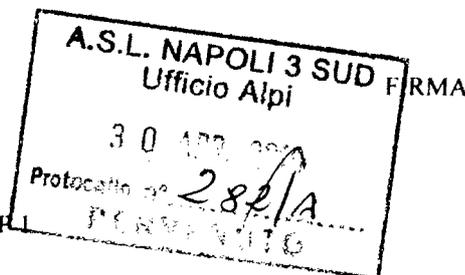
Struttura _____ U.O. _____

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 - LPL



Luigi Acanfora

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

DOVE SI VA PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ
PROFESSIONALI INTRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ACAMFORA LUIGI nato il 8/6/59
dirigente di I livello, con incarico di PSICHIATRA presso l' Unità operativa
USM Distretto 84-86 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

in 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 POMPEI prov NA CAP 80045
indirizzo VIA TRAFONTI, 68 tel 380/383470
nei giorni di MERCOLEDI (COMPATIBILMENTE CON I GIORNI DI SERVIZIO)
con orario dalle ore 17,00 alle ore 19,00

è situato presso una struttura privata non accreditata? no si STUDIO PRIVATO

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 14/4/10 FIRMA [firma]

Alpi/gv

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 ACAMFORA LUIGI nato il _____

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

VOSM distretto 84-86 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

_____ 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

POMPEI

Via TRE PONTI n. 68

Cap 80065 Tel. 360/383470

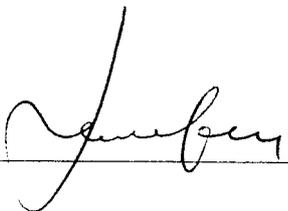
Comune POMPEI Prov. NA

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 14/4/10



(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



GENERALI

Assicurazioni Generali S.p.A.

ESEMPLARE PER IL CONTRAENTE

R.C. Professioni Sanitarie



**ASSICURAZIONE R.C.
PROFESSIONI SANITARIE**
Mod. R57/02

ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA ELETTORE

POLIZZA N° **323292055** AGENZIA **POMPEI** Codice **814 00**

CONTRAENTE/ASSICURATO (cognome, nome o ragione sociale) **ACANFORA LUIGI** CODICE FISCALE **CNFLGU59H08G813M**

domicilio (via, n. civico) **VIA III PONTI 68** Comune **POMPEI** C.a.p. **80045** Provincia **NA**

decorrenza ore 24 del **20 02 2012** scadenza ore 24 del **20 02 2013** rateazione **ANNUALE**

emissione 1^a quietanza **20 02 2013**

polizza sostituita **_____** sconto sostituzione su 1^a rata **_____**

PREMIO RATE INIZIALE

premio imponibile	imposta	totale
245,39	54,61	300,00

PREMIO RATE SUCCESSIVE

premio imponibile	imposta	totale
245,39	54,61	300,00

L'ASSICURAZIONE VALE FINO A CONCORRENZA DELLE SEGUENTI SOMME :
(oltre alle spese di assistenza legale nei limiti di cui all'art. 13 delle C.G.A.)

500.000,00 con il limite di **500.000,00** e con il limite di **500.000,00** e comunque fino a concorrenza del limite di **500.000,00**
per annualità assicurativa per annualità assicurativa per annualità assicurativa per annualità assicurativa

L'assicurazione opera in relazione all'esercizio personale, da parte dell'Assicurato, della professione di:

MEDICO SPECIALISTA IN ATTIVITA' CODICE 204

Ulteriori dichiarazioni del Contraente-Assicurato:

- assicurazioni, per lo stesso rischio coperto con la presente, stornate negli ultimi cinque anni? No Si
- sinistri denunciati per lo stesso rischio coperto con la presente assicurazione negli ultimi cinque anni? No Si
- conoscenza di circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento? No Si
- altre assicurazioni in corso, stipulate dal Contraente per lo stesso rischio coperto con la presente? No Si

CLAUSOLE SPECIALI **RM02 RM03 RM01 RM15**

ALTRE CLAUSOLE SPECIALI **ALLEGATI**
AGPRY03 RCM/02 PQRCM-1

AM

di **ACANFORA LUIGI** # **416600**

Dal: **01/02/2007** Al:
Evento: **04012** **APPL. ART.5 CCNL DIR.98/01 RAPPORTO ESCLUSIVO**
Titolare

Sostituto:
Note: **DETRMINA IN CORSO DI ADOZIONE**

Provvedimento:
Figura **MEDDIRSS** **Dirigente medico con incarico struttura semplice**

Contratto: **MEDV** **USL - Medici e Veterinari**

Qualifica **M19+5E3** **Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn >15 anni**

Tipo Rapporto **SS** **Incarico di Struttura semplice**

Attività: **4023** **PSICHIATRIA**
Ore Settimanali:
Centro di Costo: **11900000** Funzionale:
Trattamento: **MED**

Suddivisione **ANAS** **01.19.04.03** Rec.Ass.Cont: **0**

Gestione: **ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5**

STRUTT: **01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

SERV: **01.19.04.00 - DSM-UNITA' OPERATIVE**

UFF: **01.19.04.03 - DSM-U.O.(POMPEI/S.M.LA CAR**

Aggiornamento
Data: **08/01/2010**
Utente: **STARACE**

Sede **DIP001** **DIP. DI SALUTE MENTALE**

Handwritten initials

ASL
35
E. CAMPANIA
re di

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. 64328 in data 12/10/12

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

[Signature]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 11 OTT. 2012, A:

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
	COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO PROGETTI FONDI	
	SERV. GABINETTO	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
	SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
<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	
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	EX A.S.L. NA 4
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 56	
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 57	EX A.S.L. NA 5
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 58	
	SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 59	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
	COORD.TO COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	