



RICEVUTO

**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) - Dr. LONGOBARDI Raffaele. - P.O. Castellammare di Stabia.**

**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. **LONGOBARDI Raffaele** - Dirigente medico - disciplina **CARDIOLOGIA** in servizio presso il P.O. di Castellammare di Stabia; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CARDIOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia - Via Silio Italico n.9** e presso il **P.O. di appartenenza**;

**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. **LONGOBARDI Raffaele**, è **Dirigente medico - disciplina CARDIOLOGIA** presso il **P.O. di Castellammare di Stabia**;

**RITENUTO:**

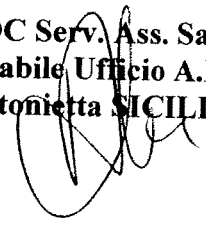
- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **LONGOBARDI Raffaele**, dirigente medico-disciplina **CARDIOLOGIA**, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **CARDIOLOGIA**;

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di autorizzare il Dr. **LONGOBARDI Raffaele**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia - disciplina **CARDIOLOGIA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CARDIOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia - Via Silio Italico n.9** e presso il **P.O. di appartenenza**, 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**

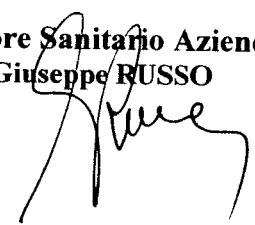
- Di autorizzare il Dr. **LONGOBARDI Raffaele**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia- disciplina **CARDIOLOGIA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CARDIOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Castellammare di Stabia - Via Silio Italico n.9 e presso il P.O. di appartenenza**, 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,

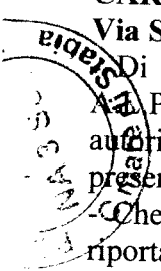
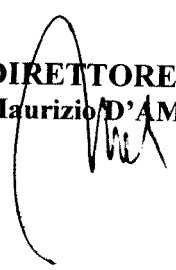
- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto;

- 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**



Regione Campania  
 Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 P.U.C.F. 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729099 - 8729502 Fax 081/8729507

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

Al Direttore Generale  
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. LONGOBARDI RAFFAEL C.F. LNQRFL58M07C1294

nato il 02/08/58 a (MAR) DI STABIA

in servizio presso P.U.C.F. di PARADOLICA - U.R.C. dell' Ospedale/Territorio Servizio S. LOMBARDO  
(MAR) DI STABIA

DELL' APP. LA AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO  
PARADOLICA *V.f.* Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: PARADOLICA

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e lo COSS, ad esercitare l'attività intramontale 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 lo COSS

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 35 LP 1

A/2/6



A

**DIREZIONE SANITARIA**  
 OO. RR. Area Stabisco

30 SET 2011

**INTERVENUTO**

Regione Campania  
 Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 P.U.C.F. 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729088 - 8729502 Fax 081/8729507

PRESTAZIONI EFFETTUATE  
 NE INTERVENTI DAL SINGOLO FORNITORE

Al Sig. Direttore Sanitario P.O.V.S. S. LEONARDO  
 Al Direttore Amministrativo P.O.V.S. S. LEONARDO  
 ALL'UFFICIO ALPI **SEDE**

Prestazioni effettuabili dal dr LONGOBARDI RAPPARE nato il 07/08/58 matricola 43210  
 oppure

dall'equipe

nella disciplina ORTODONZIA

Unità operativa/reparto ORTODONZIA - UTIC Ospedale/distretto S. LEONARDO

Prestazione o intervento chirurgico	Tariffe	Tempo (minuti)
<u>ULSIFA ORTODONZIA</u>	<u>50,00</u>	<u>20</u>
<u>ELETTROROTAZIONE</u>	<u>30,00</u>	<u>10</u>
<u>TESTI ORTODONZIA (al Juddwell)</u>	<u>100,00</u>	<u>40</u>

Delibera n. 4472/09 - art.2 - comma 3 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale ed il fornitore può comportarsi per ciascun dipendente su volume di attività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché su impegno superiore all'orario di servizio effettivamente prestato (DGR n. 4061/01)

*Alpi*  
 FIRMA \_\_\_\_\_  
 Mod Asl Napoli 3 - LP 3

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 - 8729562 Fax 081/8729567

Al Direttore Generale  
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto LONGOBARDI RAFFAELLO nato il 02/08/58  
 dirigente di 1 livello con incarico di DIREZIONE PUBBLICA  
ORODONCA - UOCC presso l'Unità operativa  
 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Contratto  
S. LEONARDO (MARE DI STABIA)  
 in rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud  
INCC. APP. 2A : CARROLOGIA  
CHIEDE

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



città MARE DI STABIA prov NA CAP 80083  
 indirizzo VIA S. LUCA 11 tel 081/8706565  
 nei giorni di MARTEDI  
 con orario dalle ore 15.00 alle ore 16.00

è situato presso una struttura privata non accreditata?  SI  NO

2° studio  
 città MARE DI STABIA prov NA CAP 80083  
 indirizzo OSP. S. LEONARDO - UOCC - ORODONCA tel 081/8729292  
 nei giorni di MARTEDI (limitatamente al 10.55 ore pomeridiane)  
 con orario dalle ore 14.30 alle ore 16.30

è situato presso una struttura privata non accreditata?  SI  NO

le tariffe sono quelle comunicate all'azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 29/09/11 FIRMA \_\_\_\_\_

Alpi/gv

Mod. Asl Napoli 3 - LP 6

A/3/4

Regione Campania  
 Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
 P/CF 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729000 - 8729502 Fax 081/8739507

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALE

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

Al Direttore Generale  
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto di LONGOBARDI RAFFAELE nato il 07/08/58  
 dirigente di 1 livello, con incarico di MACROFISIOLOGICO presso l'Unità operativa  
EMMOLOCA - UTIC

dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
S. LEONARDO - E/MARE DI STABIA a rapporto di lavoro esclusivo con la ASI Napoli 3 sud;  
 autorizzato ad effettuare l'attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso  
 lo studio professionale, sito in

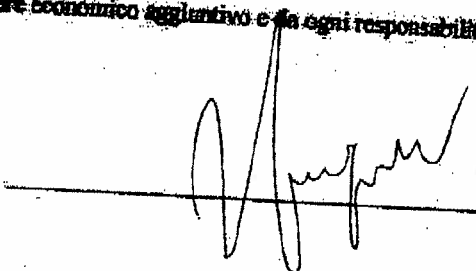
Via SILLO ITALICO n. 9  
 Cap 80053 Tel. 081/8706565  
 Comune E/MARE DI STABIA Prov. NA

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 DGRG 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 dalle apparecchiature sanitarie
- è in regola circa gli 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 28/09/11



(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 o 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

A/6/6



di **LONGOBARDI RAFFAELE** # **432100**

**Data:** 01/07/2010 **At:**   
**Evento:** MOBI MOBILITA' INTERNA   
**Sostituto:**   
**Note:** NOTA A FIRMA DEL DIRETTORE SANITARIO DELL' OORR AREA STABIESE   
**Provvedimento:** NOTA - 1902 / 2010   
**Figura .....** MEDDIR1L Dirigente medico   
**Contratto:** MEDV USL - Medici e Veterinari   
**Qualifica .....** M19+5E3 Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn >15 anni   
**Tipo Rapporto:**   
**Attività:** 4003 CARDIOLOGIA   
**Ore Settimanali:**   
**Centro di Costo:** 10100000 Funzionale:   
**Trattamento:** MED

**Suddivisione**   
**ANA5** 01.01.10.06   
**Gestione:** ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5   
**STRUTT:** 01 - PRES. OSPED. - PRESIDI OSPEDALIERI   
**UOC:** 01.01.10.00 - P.O. - SAN LEONARDO - CMARE I   
**LIOS:** 01.01.10.06 - CARDIOLOGIA - P.O. - SAN LEONARDO   
**Sede .....** PO001 P.O. SAN LEONARDO   
**Rec.Ass.Cont:** 0   
**Aggiornamento**   
**Data:** 11/04/2012   
**Utente:** STARACE

*Handwritten signature*

*8/11/2012*





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. 72571 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	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
	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	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
	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	