

Alpi 1



Domanda di modifica Attività Libero Professionale Intramoenia  
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno  
S E D E

Il sottoscritto Dott. VICINANZA MASSIMO Matricola [redacted] già  
autorizzato a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 993 del [redacted]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO  
Inquadrate nella disciplina di MEDICINA INTERNA  
in servizio presso l'U.O. C. DI MEDICINA  
del Macro-Centro di Responsabilità OSPEDALE DI BATTIPAGLIA  
specialista in MEDICINA D'URGENZA E ACCETTAZIONE - MEDICINA INTERNA  
e-mail [redacted] PEC [redacted] Tel. [redacted]  
Codice Fiscale: [redacted]

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

- A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia
- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>1</sup>: MEDICINA INTERNA
  - o in alternativa di essere autorizzato, previo parere favorevole della Commissione paritetica, 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

<sup>1</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere  
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

**“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”<sup>2</sup>**

Il/La sottoscritto/a Dr. VICINANZA MASSIMO Matricola [REDACTED]

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

**DICHIARA** di voler svolgere l’ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Macro-Centro di Responsabilità :
  - Distretto Sanitario
  - Ospedale  BATTIPAGLIA
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O.C. MEDICINA Sede VIA FIORIGNANO – BATTIPAGLIA -SA-
- Ambulatorio \_\_\_\_\_
- Piano 4 Stanza n° 2
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di svolgere l’ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Ospedale: \_\_\_\_\_ DI BATTIPAGLIA \_\_\_\_\_
- U.O.C. MEDICINA \_\_\_\_\_

Tipologia di locali: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>2</sup>La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

DICHIARAdi voler svolgere l'ALPI internain base al seguente calendario

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Venerdì	16,00	17,00	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17,00	18,00	SECONDO ACCESSO

La specificazione della "Tipologia di accesso" è indispensabile per la configurazione dell'agenda.

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale**

Codice Prestazione <sup>3</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>4</sup>
...89700.052....	..... VISITA MEDICINA INT.....	40'	€ 100,00
...89010.043.....	..... VISITA MEDICINA INT. DI CONTROLLO.....	40'	€ 100,00
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

*Stefano Vesuvio*  
**Il La Richiedente**

Data \_\_\_\_\_

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

**Parere favorevole**

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
**favorevole** Prof. Vincenzo Pavella

DIRETTORE  
U.O.C. Medicina Interna - SALERNO  
P.O. Santa Maria della Spiranza Belpigiaglia  
COD. 017463

Parere \_\_\_\_\_

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

REGIONE CAMPANIA  
**MACRO-CENTRO DI RESPONSABILITÀ**  
P.O. S. MARIA DELLA SPIRANZA - ROCCADASPIDE  
COD. 017463 Dott.ssa Nicoletta Vizza

<sup>3</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

<sup>4</sup> La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAP se dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrazione, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26del vigente Regolamento ALPI.

SEZIONE D "Tipologia di prestazioni in ALPI" in regime di ricovero

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa <sup>5</sup>
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O.

Data \_\_\_\_\_

M. La Richiedente  


Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

**Parere favorevole**  
 Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
 U.O.C. Medicina Interna - PALERMO  
 P.O. Santa Maria della Speranza Battipaglia  
 COD. SA7463

**Parere favorevole**  
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

ASL SAVERNO  
 DEPT. LIVELLO

EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE

<sup>5</sup> Alla tariffa indicata verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrativa, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), nonché il compenso per equipe o personale di supporto ove previsto ai sensi dell'art.26 del vigente Regolamento ALPI.



Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia

ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

AIDirettore Generale ASL Salerno  
SEDE

Il sottoscritto Dott. VICINANZA MASSIMO Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO  
Inquadro/a<sup>1</sup> nella disciplina di MEDICINA INTERNA  
in servizio presso l'U.O.C. MEDICINA  
del Macro-Centro di Responsabilità OSPEDALE DI BATTIPAGLIA  
specialista in MEDICINA INTERNA - MEDICINA D'URGENZA E ACCETTAZIONE  
e-mail [REDACTED] PEC [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
Codice Fiscale: [REDACTED]

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

**CHIEDE**

**A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia**

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: MEDICINA INTERNA
- o in alternativa di essere autorizzato/a, previo parere favorevole della Commissione paritetica, 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere  
ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

**“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”**

Il sottoscritto DOTT. VICINANZA MASSIMO Matricola ██████████

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

<b>3. DICHIARA</b> di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i
<b>PRIMO STUDIO</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>SECONDO STUDIO</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> (art.8ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
<b>ALPI DOMICILIARE</b> <input checked="" type="checkbox"/>

<sup>3</sup> L'attività presso i Centri Sanitari - Ambulatori NON accreditati potrà avvenire solo successivamente alla stipula di apposita convenzione con l'Asl Salerno. Detta sottoscrizione è subordinata alla verifica, da parte dell'Ufficio Centrale ALPI, della compatibilità tra l'atto autorizzativo rilasciato all'Ambulatorio dal Comune di competenza e l'attività che il dirigente sanitario è autorizzato a svolgere.

4

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

DICHIA Di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>4</sup>	Tipo di accesso
SABATO	15,00	17,00		A DOMICILIO

La specificazione della "Tipologia di accesso" è indispensabile per la configurazione dell'agenda.

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.



**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
.....	.....VISITA DOMICILIARE.....	...40'....	€ ...170,00...
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si ipotiscono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

*Masimo Veronesi*  
Il/La Richiedente

Data \_\_\_\_\_

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

**Parere favorevole**  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

*PROF. VINCENZO BALDUZZI*  
**DIRETTORE**  
U.O. Medicina Interna ASL SALERNO  
P.O. Santa Maria della Speranza Battipaglia  
COD. SA7463

**Parere**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
*MASIMO VERONESI*  
CONSIGLIERO REGIONALE  
COMUNE DI STIPAGLIA - ROCCADASERIE  
Dott.ssa Nicoletta Iossa

<sup>5</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

<sup>6</sup> La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAPse dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrativa, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.