



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  
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr. IOVINO VINCENZO Matricola [REDACTED] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 414 del 30/03/2021

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente **MEDICO**

Inquadro/a<sup>1</sup> nella disciplina di **EMATOLOGIA**

in servizio presso l'U.O. **EMATOLOGIA – P.O. PAGANI**

del Macro-Centro di Responsabilità **DEA I LIVELLO NOCERA-PAGANI-SCAFATI**

specialista in **MEDICINA INTERNA** – già in possesso di incarico ad Alta Specialità in Ecografia Emato-oncologica ed interventistica.

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>: **ECOGRAFIA EMATO-ONCOLOGICA ED INTERVENTISTICA**
  - 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 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 INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

**“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”<sup>3</sup>**

Il/La sottoscritto/a Dr. **IOVINO VINCENZO** Matricola **10000**

**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  **P.O. “A.TORTORA” - PAGANI**
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- **U.O. EMATOLOGIA Sede P.O. PAGANI**
- Ambulatorio **ECOGRAFIA ONCOEMATOLOGICA ED INTERVENTISTICA**
- Piano **TERRA Stanza n° 25**
- 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: \_\_\_\_\_
- U.O. \_\_\_\_\_

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

<sup>3</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"**

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	<b>15:00</b>	<b>17:00</b>	PRIMO ACCESSO
Martedì	<b>17:00</b>	<b>19:00</b>	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....	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>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>5</sup>
06010	AGOASPIRATO TIROIDE ECO-GUIDATO	20	€ 100
06111	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE	20	€ 100
40191	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	20	€ 100
85211	ASPIRAZIONE PERCUTANEA ECO-GUIDATA CISTI MAMMARIA	20	€ 60
85110	BIOPSIA PERCUTANEA MAMMELLA	20	€ 100
85111	BIOPSIA ECO-GUIDATA MAMMELLA	20	€ 100
06112	BIOPSIA PERCUTANEA TIROIDE ECO-GUIDATA	20	€ 100
40110	AGOBIOPSIA LINFONODI	20	€ 100
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	20	€ 100
88741	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	20	€ 80
88714	ECOGRAFIA DEL COLLO	20	€ 70
88731	ECOGRAFIA MAMMELLE BILATERALE	20	€ 70
88732	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE	20	€ 60

<sup>4</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

<sup>5</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.26 del vigente Regolamento ALPI.

26110.001	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DELLE GHIANDOLE SALIVARI	20	€ 100
88714	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	20	€ 70
88791	ECOGRAFIA REGIONE ASCELLARE	20	€ 70
88791	ECOGRAFIA REGIONE INGUINALE	20	€ 70
88714	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	20	€ 70
88791	ECOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTE	20	€ 70

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.

Data **20/07/2023**

Il/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. EMATOLOGIA  
 P.O. "A. POGGIORRÀ" - Pagani - Scafati  
 Dott. **Carlo CALIFANO**  
 DIRETTORE

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
 A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello  
 U.O.C. "A. POGGIORRÀ" - Pagani - Scafati

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

IL DIRETTORE SANITARIO  
 Maurizio M. D'AMBROSIO  
*Maurizio M. D'AMBROSIO*

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

<sup>6</sup> Alla tariffa indicata 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), nonché il compenso per equipe o personale di supporto ove previsto ai sensi dell'art.26 del vigente Regolamento ALPI.