

All. 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 Dr. GIUSEPPE TORIELLO \_\_\_ Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n\_679\_ del\_18/05/2022\_

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente \_\_MEDICO\_\_

Inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di \_\_MEDICINA  
INTERNA\_\_

in servizio presso l'U.O. \_\_MEDICINA GENERALE DEL PO DI EBOLI\_\_

del Macro-Centro di Responsabilità \_\_DEA BATTIPAGLIA-EBOLI-  
ROCCADASPIDE\_\_

specialista in \_\_REUMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E 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>2</sup>: \_\_REUMATOLOGIA, OSTEOPOROSI E 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 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.



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

Il sottoscritto Dr. GIUSEPPE TORIELLO 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 X MARIA SS  
ADDOLORATA EBOLI
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. MEDICINA GENERALE \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_
- Ambulatorio REUMATOLOGIA/OSTEOPOROSI/MEDICINA INTERNA \_\_\_\_\_
- Piano 4 Stanza n° 1
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) PIAZZA SCUOLA MEDICA SALERNITANA \_\_\_\_\_ 84025  
EBOLI (SA) \_\_\_\_\_

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

- Ospedale:  
\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

• U.O. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	14,00	17,00	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17,00	20,00	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>
89700.079.	VISITA REUMATOLOGICA.....	30 MINUTI.	€ 130.00
89010.069	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€ 100.00
89700.069	VISITA OSTEOPOROSI.....	30 MINUTI	€ 130.00
89010.056	VISITA OSTEOPOROSI DI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€ 100.00
89700.052	VISITA DI MEDICINA INTERNA .....	40 MINUTI	€ 200.00
89010.043	VISITA DI MEDICINA INTERNA DI CONTROLLO .....	30 MINUTI .....	€ 130.00 .....
L 22 F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI LIEVE DIFFICOLTA'	30 MINUTI .....	€ 150.00...
L 23 F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI MEDIA DIFFICOLTA'	45 MINUTI	€ 200.00...
L 24 F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI ALTA DIFFICOLTA'	60 MINUTI	€ 250.00...

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.

AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO  
PRESIDIO OSPEDALIERO EBOLI  
U.O. di Medicina Interna  
Dott. Giuseppe Isriello

Data 09/10/2023 SA.001657 compatibilità dell'attività libero

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.

<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.

**Parere favorevole**

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

ALZEBIA - UFFICIA LOZOLZ GRESINO  
PREDDIO OSPEDALIERO EBOLI  
U.O.C. MEDICINA INTERNA  
Dott. Giuseppe Toriello  
SA 96057

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa <sup>6</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. di appartenenza.

Data 09/10/2023

**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.

<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.

**Parere favorevole**

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

✓

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

REGIONE CAMPANIA  
ASL. SALERNO  
DEA 1° LIVELLO  
EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPEDE  
Dir. San. P.F. Dott.ssa Nicoletta Viora





**Domanda di modifica Attività Libero Professionale Intramoenia**  
**ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali**  
**ALPI DOMICILIARE**

*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 Dr. GIUSEPPE TORIELLO Matricola [REDACTED] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n. 679 del 18/05/2022

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadrato/a<sup>1</sup> nella disciplina di MEDICINA INTERNA

in servizio presso l'U.O. MEDICINA GENERALE DEL PO DI EBOLI

del Macro-Centro di Responsabilità DEA BATTIPAGLIA-EBOLI-ROCCADASPIDE

specialista in REUMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E 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>2</sup>: REUMATOLOGIA, OSTEOPOROSI E 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 Dr. GIUSEPPE TORIELLO Matricola [REDACTED]

**SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"**

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>
<b>PRIMO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale POLIMEDICO sito in Via DELL'INDUSTRIA N 41 _____ Comune <u>BELLIZZI</u> prov. SA _____ CAP <u>84092</u></li></ul>
<b>SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale STUDIO HERA sito in Via <u>MAGNA GRAECIA 461/B</u> _____ Comune <u>CAPACCIO-PAESTUM</u> prov. <u>SA</u> CAP <u>84047</u></li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/><sup>3</sup></b> (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
<b>ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/></b>

<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.



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

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	15,00	18,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,00	21,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	15,00	18,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	21,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	09,00	11,00	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Sabato	11,00	14,00	SECONDO STUDIO	SECONDO ACCESSO

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>
89700.079.	VISITA REUMATOLOGICA.....	30 MINUTI.	€ 130.00
89010.069	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€ 100.00
89700.069	VISITA OSTEOPOROSI.....	30 MINUTI	€ 130.00
89010.056	VISITA OSTEOPOROSI DI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€ 100.00
89700.052	VISITA DI MEDICINA INTERNA.....	40 MINUTI	€ 200.00
89010.043	VISITA DI MEDICINA INTERNA DI CONTROLLO.....	30 MINUTI .....	€ 130.00 .....
L 22 F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI LIEVE DIFFICOLTA'	30 MINUTI .....	€ 150.00...
L 23 F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI MEDIA DIFFICOLTA'	45 MINUTI	€ 200.00...
L 24 F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI ALTA DIFFICOLTA'	60 MINUTI	€ 250.00...

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.

Data 09/10/2023

**Il/La Richiedente**  
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO  
PRESIDIO OSPEDALIERO-EROLI  
U.O.C. MEDICINA INTERNA  
Dott. Giuseppe Toriello  
SA 006057

<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/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 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.

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~~

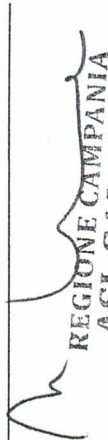
~~PRESIDIO OSPEDALIERO EBOOLI  
U.O.C. MEDICINA INTERNA~~

~~Dott. Giuseppe Livello~~

~~SA 00605~~

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



REGIONE CAMPANIA  
ASL SALERNO  
DEA 1° LIVELLO

EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE  
Dir. Sab F.F. Dott.ssa Nicoletta Vasta