



**Domanda di autorizzazione 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 sottoscritto Dr. **LA ROCCA FRANCESCO** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico (Direttore UOC)

inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di CHIRURGIA GENERALE

in servizio presso l'U.O. C. di CHIRURGIA GENERALE P.O. Battipaglia

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. "S. Maria della Speranza" - BATTIPAGLIA

specialista in Chirurgia Generale

e-mail [REDACTED]

TEL. [REDACTED] - [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>: **CHIRURGIA GENERALE**
- *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

**B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Interna in regime di:**

- Prestazioni Ambulatoriali
- Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario  / Day Hospital/Day Surgery

individualmente  o in équipe  (di seguito elencata)

<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. **LA ROCCA FRANCESCO** 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 P.O. “S. Maria della Speranza” - BATTIPAGLIA**
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. di CHIRURGIA GENERALE Sede P.O. Battipaglia
- Ambulatorio di chirurgia generale
- Piano PRIMO Stanza n° \_\_\_\_\_
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) VIA FIORIGNANO 84091 – Battipaglia (SA)

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

- **Ospedale: P.O. BATTIPAGLIA**
- U.O. C. di CHIRURGIA GENERALE

Tipologia di locali: Camera di degenza nell’ambito della chirurgia generale – Sala Operatoria

**SEZIONE B “Calendario settimanale di effettuazione dell’ALPI”**

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

W

2



**MODULO RICHIESTA AGGIORNAMENTO GIORNI/FASCE ORARIE**

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

Al Direttore Generale ASL Salerno  
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dott. Francesco LA ROCCA dipendente dell'ASL Salerno con rapporto pieno ed esclusivo, matr. 14876 autorizzato a svolgere L'ALPI con delibera n. 993 del 15/09/2020.

CHIEDE

le seguenti modifiche all'autorizzazione già rilasciata:

**CAMBIO GIORNI/FASCE ORARIE**

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	13.00	18.00	PRIMO ACCESSO
Martedì	12.00	13.00	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	13.00	15.00	PRIMO ACCESSO
Venerdì	12.00	13.00	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....	SECONDO ACCESSO

Le visite già prenotate precedentemente alla Delibera di variazione restano confermate   
Le visite già prenotate precedentemente alla Delibera di variazione dovranno essere adeguate al nuovo calendario

V

L'ISTANTE È CONSAPEVOLE CHE LE VAZIAZIONI AVRANNO EFFETTO A SEGUITO DI ADOZIONE DI APPOSITO ATTO DELIBERATIVO AI SENSI DELL'ART. 22 COMMA 5 DEL VIGENTE REGOLAMENTO ALPI.

TUTTI GLI ALTRI ELEMENTI PRESENTI NELLA DELIBERA DI AUTORIZZAZIONE PRECEDENTEMENTE RILASCIATA RESTERANNO INVARIATI.

Battipaglia, 08 Marzo 2021

Il/La Richiedente

A.S.L. SALERNO - P.O. BATTIPAGLIA  
U.O.C.C. CHIRURGIA GENERALE  
Direttore: Dott. Francesco La Rocca

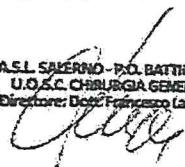


Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macrocentro di Responsabilità in merito alla compatibilità delle variazioni apportate con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

A.S.L. SALERNO - P.O. BATTIPAGLIA  
U.O.C.C. CHIRURGIA GENERALE  
Direttore: Dott. Francesco La Rocca



SANITARIA LOCALE  
PRESIDIO  
OSPEDALIERO  
Il Direttore Responsabile del  
Macrocentro di Responsabilità



12

46

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

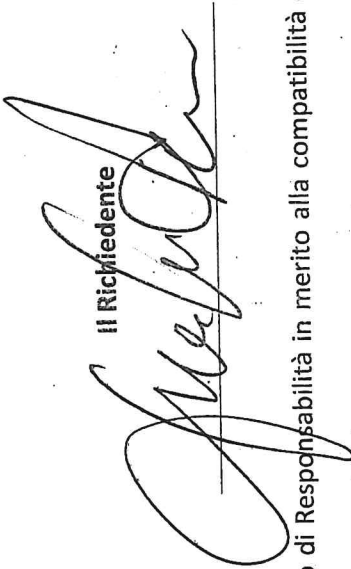
Codice Prestazione <sup>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.018	VISITA CHIRURGICA	30 min.	€ 148,00
89700.021	VISITA PROCTOLOGICA	30 min.	€ 148,00
89010.020	VISITA di CONTROLLO CHIRURGICA	20 min.	€ 128,00
96590.002	MEDICAZIONE CHIRURGICA NAS	15 min.	€ 98,00
86400.001	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	30 min.	€ 298,00
86110.001	BIOPSIA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	10 min.	€ 98,00
86220.001	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE E USTIONE	30 min.	€ 198,00
86230.001	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	30 min.	€ 198,00

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

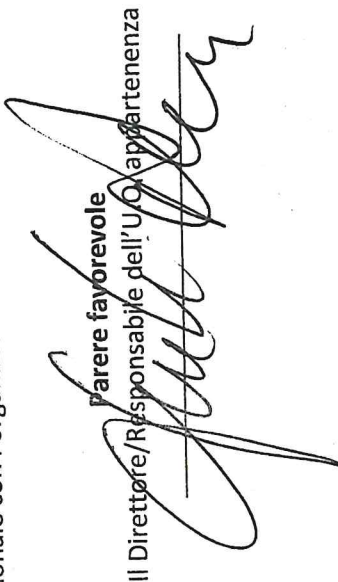
	CTP	30 min.	€ 298,00
--	-----	---------	----------

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 14/09/2020

Il 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  


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 Omnicomprensiva
227		INTERVENTO SUI TESSUTI MOLLI SCC (ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA)	€ 300,00
270		ALTRI INTERVENTI SU PELLE TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SCC (ASPORTAZIONE LIPOMA + NEOF. CUTANEA)	€ 300,00
160		INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' ≥ 17 ANNI SCC	€ 1500,00
494		COLECISTECTOMIA VDL SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SCC	€ 3000,00
158		INTERVENTO SU ANO E STOMA SCC. (EMORROIDECTOMIA)	€ 1500,00
267		INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI (ASPORTAZIONE FISTOLA S.C.)	€ 1500,00
149		INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO GRASSO E TENUE SCC (RESEZIONE COLICA)	€ 5000,00
171		INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SCC (RESEZIONE GASTRICA)	€ 5000,00

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 14/09/2020

**Il 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

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

- la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

**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*

**Al Direttore Generale ASL Salerno  
SEDE**

**Il sottoscritto Dr. FRANCESCO LA ROCCA Matricola** 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico **DIRETTORE DI UOC**

inquadrato<sup>1</sup> nella disciplina di **CHIRURGIA GENERALE**

in servizio presso l'U.O. **CHIRURGIA GENERALE**

del Macro-Centro di Responsabilità **P.O. "S. MARIA DELLA SPERANZA" - BATTIPAGLIA**

specialista in **CHIRURGIA GENERALE**

e-mail:  Tel. 

Codice Fiscale: 

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>: **CHIRURGIA GENERALE**
- *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 \_\_\_\_\_

**B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:**

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.

A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.

<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”<sup>5</sup>**

Il sottoscritto Dr. **FRANCESCO LA ROCCA** Matricola 

**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>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Primo Studio</b> <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studio professionale <b>San Pio Medical Center srl</b> sito in Via <b>SS 18 km 76.500</b> Comune <b>Battipaglia</b> prov. <b>Salerno</b> CAP <b>84091</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Secondo Studio</b> <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Studio professionale <b>Centro Medico Radices – Crescent</b> sito in <b>Piazza della Libertà 23 c/o Crescent, Scala G, int. 3,</b> Comune <b>Salerno</b> prov. <b>SA</b> CAP <b>84121</b></li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Struttura sanitaria NON accreditata _____ autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>

<sup>5</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"**

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	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 Studio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17.00	20.00	Primo Studio	SECONDO ACCESSO
Venerdì	14.00	17.00	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17.00	20.00	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO

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

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

*Handwritten mark*

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

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.018	VISITA CHIRURGICA (PRIMA VISITA)	20 min.	€ 150,00
89010.020	VISITA CHIRURGICA (SECONDA VISITA)	15 min.	€ 120,00
96590.002	MEDICAZIONE CHIRURGICA NAS	10 min.	€ 80,00

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 18/11/2021

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

Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

<sup>7</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).