

ALL 1

# ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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. Gianfranco Colacino Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico  
inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di Anestesia, Rianimazione e terapia del dolore  
in servizio presso l'U.O. Assistenza Sanitaria di Base  
del Macro-Centro di Responsabilità Distretto Sanitario di Base  
specialista in Anestesia, Rianimazione e terapia del dolore  
e-mail [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
Codice Fiscale: [REDACTED]

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

## CHIEDE

- di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia  
• nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>:  
Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore
- 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.

W

1



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>4</sup>**

Il sottoscritto Dr. Gianfranco Colacino Matricola ~~XXXXXX~~

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

**3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i**

**Primo Studio**

- Studio professionale  
sito in Via Giuseppe Raffaele Pastore 3  
Comune Salerno CAP 84131

**Secondo Studio**

- Studio professionale  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA**

- Struttura sanitaria NON accreditata \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**ALPI domiciliare**

<sup>4</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

W

**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>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	15,00	17,30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,00	19,30	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15,00	17,30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18,00	19,30	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	18,00	19,30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		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.

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

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.001	Prima visita: Visita algologica	20 m	€ 100
89010.007	Visita di controllo	20 m	€ 30
81920.001	Infiltrazione di sostanza terapeutica nell'articolazione o nel legamento	20 m	€ 90
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 10.01.2022

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.

**Paola Pasquale V.P.**  
Responsabile Servizio di Assistenza Infermieristica Dipartimentale  
Il Direttore/Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
Il Dirigente Medico  
**Dot. Pasquale SANTORO**

Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
**Dot. Pasquale MELLINO**



<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.).