

**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  
S E D E

Il/La sottoscritto/a Dr. LUCA BUONINFANTE Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadrato/a<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA

in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. BATTIPAGLIA

specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA

e- mail:  PEC:  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>:  
\_\_\_\_\_
- *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 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.



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. LUCA BUONINFANTE Matricola [REDACTED]

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

<b>DICHIARA di voler svolgere l'ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Macro-Centro di Responsabilità :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Distretto Sanitario <input type="checkbox"/> _____</li><li>○ Ospedale <input type="checkbox"/> _____</li><li>○ Dipartimento di Salute Mentale <input type="checkbox"/></li><li>○ Dipartimento delle Dipendenze <input type="checkbox"/></li><li>○ Dipartimento di Prevenzione <input type="checkbox"/></li></ul></li><li>• U.O. _____ Sede _____</li><li>• Ambulatorio _____</li><li>• Piano _____ Stanza n° _____</li><li>• Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) _____</li></ul>

<b>DICHIARA di svolgere l'ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ospedale: BATTIPAGLIA</li><li>• U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA</li></ul>
Tipologia di locali: BLOCCO OPERATORIO

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

*[Handwritten signature]*

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

<b>DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario</b>			
<b>Giorni</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>	<b>Tipo di accesso</b>
Lunedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....	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.

*Handwritten mark*

**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>
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 23/01/2023

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  
**ASL Salerno**  
**PRESIDIO OSPEDALIERO BATTIPAGLIA**  
**U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA**  
**DOTT. PISAPIA GIOFFI GIOVANNI**  
SA 0104

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
**REGIONE CAMPANIA**  
**ASL SALERNO**  
**DEA 1° LIVELLO**

**EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE**  
Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

**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 l'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.

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

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
359	6849	INTERVENTI SU UTERO ED ANNESSI NON PER TUMORI MALIGNI SENZA CC	€2900,00
371	7499	TAGLIO CESAREO SENZA CC	€2000,00
360	6816	INTERVENTI SU VAGINA , CERVICE E VULVA	€ 900,00
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 \_23/01/2023

A.S.L. SALERNO P.O. BATTIPAGLIA  
 U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
 Dott. ~~Luca Buonfrante~~  
 SA 6006389

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

ASL SALERNO  
~~PRESIDIO OSPEDALIERO BATTIPAGLIA~~  
 U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
**DOTT. PISAPIA CIOFFI GIOVANNI**  
 SA 6104

REGIONE ~~CAMPANIA~~ favorevole  
**ASL SALERNO**  
~~MACRO-CENTRO RESPONSABILE~~  
 Macro-Centro di Responsabilità  
**EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE**  
 Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

<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 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

Al Direttore Generale ASL Salerno  
S E D E

Il/La sottoscritto/a Dr. LUCA BUONINFANTE Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadrato/a<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA

in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. BATTIPAGLIA

specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA

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

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

- nella disciplina di appartenenza OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- 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 \_\_\_\_\_

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

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale 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.

6



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/La sottoscritto/a Dr. LUCA BUONINFANTE 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>
<b>PRIMO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via MAMELI 49 Comune CAMPAGNA prov. SALERNO CAP84022</li></ul>
<b>SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via FOGAZZARO 57/A Comune BATTIPAGLIA prov. SALERNO CAP 84091</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/><sup>2</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>2</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.

7

**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>3</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	09,30	12,30	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Martedì	15,30	20,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	09,30	12,30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	15,30	20,30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	15,30	18,00	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>3</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

*W*

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

Codice Prestazione <sup>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>5</sup>
89260.002	VISITA OSTETRICA	15MIN	€ 65,00
89260.001	VISITA GINECOLOGICA	15MIN	€ 65,00
88780.004	ECOGRAFIA OSTETRICA	15MIN	€ 65,00
88782.001	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	15MIN	€ 65,00
91385.001	Esame citologico cervico vaginale PAP TEST SOLO PRELIEVO	5MIN	€ 30,00
.....	.....	.....	€ .....

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 23/01/2023

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

ASL SALERNO  
PRESIDIO OSPEDALIERO BATTIPAGLIA  
U.O.C. OSTETRICA E GINECOLOGIA  
DOTT. PISAPIA GIOFFI GIOVANNI  
SA 6104

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

REGIONE CAMPANIA  
ASL SALERNO  
DEA 1° LIVELLO  
EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE  
Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

<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.