

ALPI ALLARGATA –IS1



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 sottoscritto Dr. _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____
inquadrate¹ nella disciplina di _____
in servizio presso l'U.O. _____
del Macro-Centro di Responsabilità _____
specialista in _____
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 equipollente²:

- *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.

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

² La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

1. di aver preso atto delle disposizioni contenute nel vigente Regolamento Aziendale in materia di attività libero-professionale intramoenia, nel D.Lgs. n.39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi da parte dei pubblici dipendenti, nel "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e nel "Codice di Comportamento dell'Asl Salerno", adottato con deliberazione del Direttore Generale n.336 del 24/3/2014, nel "Piano triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018-2019" adottato dall'Asl Salerno con deliberazione del Direttore Generale n.267 del 20/3/2018;
2. di essere dipendente di questa amministrazione a tempo pieno ed esclusivo;
3. che l'attività libero professionale viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze di servizio e dell'attività necessaria per i compiti istituzionali;
4. che le prestazioni effettuate in regime libero professionale rientrano nelle tipologie di prestazioni istituzionali previste dal Servizio Sanitario Nazionale nei livelli essenziali di assistenza di cui alla normativa vigente;
5. che l'U.O. di appartenenza eroga, in regime istituzionale, le medesime prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI;
6. che il volume delle prestazioni effettuate in regime libero professionale non sarà prevalente rispetto a quello effettuato per compito istituzionale;
7. che le tariffe relative alle prestazioni in ALPI non sono inferiori alle tariffe previste, per la medesima prestazione, a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria;
8. di svolgere l'attività libero professionale fuori dall'orario ordinario di servizio;
9. di aver concordato e di concordare annualmente con il Direttore/Responsabile dell'U.O. di appartenenza e con il Direttore/Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità i volumi delle prestazioni da svolgere in ALPI in relazione ai volumi delle attività istituzionali;
10. di impegnarsi a concordare con il Direttore/Resp.le dell'U.O. di appartenenza e con il Direttore/Resp.le del Macro-Centro di Responsabilità il calendario settimanale dell'ALPI Allargata;
11. di NON svolgere l'attività libero professionale presso strutture sanitarie accreditate;
12. che il titolo di utilizzo dello/degli studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata, è il seguente: _____³
13. che il/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata sono in possesso delle dovute autorizzazioni di legge, anche in relazione allo specifico tipo di prestazioni che vi sono erogate e che pertanto è/sono idonei sotto il profilo igienico-sanitario ed è/sono provvisti di tutte le attrezzature necessarie/adequate alla tipologia ed al volume delle attività da svolgere;
14. che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata non operano professionisti incompatibili (dirigenti sanitari dipendenti di aziende sanitarie non in regime esclusivo, liberi professionisti);
15. che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata operano anche i seguenti professionisti non dipendenti ovvero dipendenti non in regime di esclusività (extramoenia) _____ e pertanto chiede la deroga prevista dall'art.1, co.4, lettera f), della L.n.120/2007 e ss.mm.ii.. A tale fine il sottoscritto DICHIARA che le regole di organizzazione dello studio, definite ed accettate da tutti i professionisti ivi operanti, rispondono al principio di "completa tracciabilità delle singole prestazioni" stabilito dalla legge 120/2007 ed escludono qualsiasi addebito a carico dell'ASL Salerno. Quanto da me dichiarato è comprovato dall'allegata dichiarazione sottoscritta da tutti i professionisti sopraindicati⁴.
16. di sollevare l'ASL Salerno da qualsiasi responsabilità inerente l'utilizzo degli spazi e delle attrezzature presso lo/gli studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata e di essere consapevole che la copertura RCT è a proprio carico;

³ Locazione, comodato d'uso, proprietà, contratto di servizio, ecc.

⁴ Detta richiesta potrà essere accolta solo a completamento dell'infrastruttura di rete da parte dell'ASL Salerno.

17. di impegnarsi a connettersi con la infra-struttura di rete dell'Asl Salerno non appena la stessa sarà attivata e di essere consapevole che gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione per il collegamento con la infra-struttura di rete dell'ASL Salerno sono a carico del professionista, come previsto dalla normativa in materia di ALPI;
18. di impegnarsi a versare ed a presentare agli uffici competenti di questa Azienda le copie delle ricevute di pagamento emesse del bollettario nei termini stabiliti nel regolamento aziendale, nonché di impegnarsi ad applicare le nuove indicazioni aziendali sull'argomento appena sarà attivata la connessione con la infra-struttura di rete aziendale;
19. di conoscere ed accettare le procedure di accesso e di riscossione proventi in uso presso l'Azienda Sanitaria Locale Salerno;
20. di impegnarsi a presentare agli uffici competenti di questa Azienda i resoconti delle prestazioni nei termini stabiliti nel regolamento aziendale;
21. di comunicare tempestivamente, e comunque entro 5 giorni dall'evento, qualsiasi variazione che ha valenza sull'attività libero professionale;
22. di essere a conoscenza che l'autorizzazione per l'ALPI allargata ha natura provvisoria e che pertanto la stessa decadrà automaticamente con l'assegnazione, allo scrivente, di uno spazio all'interno del macrocentro di appartenenza oppure, ove sussistano le condizioni, presso altre strutture aziendali dove poter svolgere l'ALPI;
23. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali nel rispetto della legislazione vigente.

Data _____

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

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

SI ALLEGA:

1. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi;
3. Scheda riportante luogo di svolgimento, calendario e prestazioni che si intendono erogare.

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”⁵

Il sottoscritto Dr. _____ Matricola _____

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 <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____ |
| Secondo Studio <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____ |
| STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 <input type="checkbox"/> |

⁵ 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 allargata in base al seguente calendario | | | | |
|---|------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|
| Giorni | Dalle ore | Alle ore | Studio⁶ | Tipo di accesso |
| 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.

⁶ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C “Tipologia di prestazioni in ALPI allargata”

| Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo) | Descrizione Prestazione | Tempo erogazione prestazione | Tariffa Omnicomprensiva |
|--|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | | | € |
| | | | € |
| | | | € |
| | | | € |
| | | | € |
| | | | € |

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 _____

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

⁷ 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.).