

DIREZIONE GENERALE

Prot. n° ...74.008.....

L'Aquila, 8 novembre 2013

A tutti i Direttori di
Dipartimento / UU.OO. / Servizi ed
Uffici
LORO SEDI

OGGETTO: Disposizione in materia di A.L.P.I.

AVVISO IMPORTANTE

**AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA, SANITARIA, VETERINARIA ED AL
PERSONALE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO**

**IL DIRETTORE GENERALE DELLA
A.S.L. 1 AVEZZANO, SULMONA, L'AQUILA**

Premesso che la vigente normativa in materia di attività libero professionale intra moenia non consente l'esercizio di tale attività al di fuori degli spazi messi a disposizione dall'Azienda

Considerato che la Regione Abruzzo ritiene che l'attuale configurazione ed organizzazione degli spazi delle Aziende Sanitarie Locali riesca a soddisfare i volumi di attività libero professionale rilevati

**Ritenuto, ai sensi della vigente normativa, di dover **REVOCARE LE
AUTORIZZAZIONI GIÀ CONCESSE**** ai singoli professionisti per consentire loro l'esercizio dell'attività libero professionale intra moenia in regime ambulatoriale in studi privati ovvero in spazi esterni all'Azienda

Invita i professionisti, i quali attualmente esercitano l'attività libero professionale intra moenia in regime ambulatoriale in studi privati ovvero in spazi esterni all'Azienda e vogliono proseguire tale attività negli spazi messi a disposizione dall'Azienda, a presentare opportuna richiesta di autorizzazione al competente Servizio Aziendale per la Gestione dell'A.L.P.I., su modulistica reperibile sul sito aziendale (www.asl1abruzzo.it), entro il giorno **20 novembre 2013** e, contestualmente, ricorda che il termine per manifestare la

DIREZIONE GENERALE

volontà di passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo al rapporto di lavoro non esclusivo, c.d. "extra moenia", (o viceversa) è fissato dalla vigente normativa perentoriamente al **30 novembre 2013**. Successivamente alla presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'attività libero-professionale intra moenia sarà comunicata la data effettiva di inizio dell'esercizio di tale attività che sarà effettuata, fino a quando non saranno approntati spazi dedicati in esclusiva, presso gli ambulatori aziendali, in orario diverso da quello di esercizio dell'attività istituzionale.

Precisa che la vigente normativa in materia di attività libero professionale intra moenia permette l'erogazione di prestazioni libero professionali in regime ambulatoriale che rientrino nelle previsioni dei Livelli Essenziali di Assistenza e che, comunque, non comportino costi a carico dell'Azienda; pertanto la costruzione delle tariffe dovrà essere remunerativa di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'Azienda, ivi compresi, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, i materiali protesici, l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature dedicate esclusivamente all'erogazione di prestazioni libero professionali

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giancarlo Silvani



Alla c.a. Direttore Generale ASL
Direttore Sanitario ASL
(per il tramite del Servizio Gestione A.L.P.I.)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONE INTRAMOENIA
 AMBULATORIALE**

Io sottoscritto, Dr. _____ nato a _____

il ____/____/____, Codice fiscale [____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____], matr. n° _____

Dirigente a rapporto esclusivo nella disciplina: _____

In servizio: _____ della Struttura: _____
(DIPARTIMENTO U.O.C. U.O.S.) (OSPEDALE - DISTRETTO - DIPARTIMENTO o Ama Generale)

recapiti per contatti: tel. _____ : e-mail _____

chiedo di essere autorizzato all'esercizio della libera professione intramoenia alle seguenti previsioni:

1) TIPOLOGIA ATTIVITA'

In forma INDIVIDUALE _____ oppure _____ in forma di EQUIPE _____
(allego elenco del personale, firmato per adesione)

2) DISCIPLINA

2.1 _____ nella **disciplina di appartenenza**
Oppure, non potendo esercitare nella disciplina di appartenenza
 2.2 _____ in **disciplina equipollente** _____ di cui possiedo
 la **specializzazione oppure cinque anni di anzianità di servizio**
 2.3 _____ * in **altra disciplina** _____ di cui possiedo
 la **specializzazione oppure cinque anni di anzianità di servizio**

3) STRUTTURA

3.1 _____ nella **struttura di appartenenza**, presso: _____
(indicazioni logistiche del locale o dei locali)
 3.2 _____ in **altra struttura aziendale** _____
 presso: _____
(indicazioni logistiche del locale o dei locali)

4) PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI.

- [Si] *Allego modulo/i di adesione del personale ove è indicato il compenso orario concordato*
 [No] *Provvedo personalmente alla sistemazione del locale e al reintegro/ricondizionamento del materiale utilizzato, ovvero utilizzando personale in orario di servizio (se disponibile).*

5) APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI UTILIZZATE:

Tipo: _____ n° inv. _____ n° seriale _____
 Tipo: _____ n° inv. _____ n° seriale _____
 Tipo: _____ n° inv. _____ n° seriale _____

6) Prestazioni di diagnostica strumentale e/o di laboratorio connesse:

**nel caso 2.3 la richiesta è subordinata al parere favorevole del Collegio di Direzione*

Chiedo inoltre di poter eseguire le seguenti **Prestazioni:**

TARIFFARIO			VOLUMI ORARI	VOLUMI PRESTAZIONI	
Cod. N.T.R.	Descrizione prestazione	Tariffa utente	Previsione durata della prestazione in a.l.p.	N° medio settimanale di prestazioni in regime istituzionale	N° medio settimanale prestazioni in a.l.p. stimate
<i>Esempio (U.O. Chirurgia Generale):</i>					
CH2	Visita di controllo	50 €	20 min.	24	20

con il seguente **calendario settimanale:**

giorno	Orario	Indicazioni per agenda CUP
lunedì		
martedì		
mercoledì		
giovedì		
venerdì		
sabato		
<i>Esempio:</i>		
mercoledì	dalle ore 15 alle 18	N° 3 prime visite ogni 25 min e n° 4 controlli ogni 20 min.

Ai fini della richiesta autorizzazione, il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni legislative e contrattuali che disciplinano l'esercizio della libera professione intramuraria e si impegna a mantenere un adeguato rapporto tra i volumi delle prestazioni rese in A.L.P. e quelli relativi alle medesime prestazioni rese in regime istituzionale ordinario.

data _____ firma _____

In merito alla richiesta che precede, il sottoscritto Dr. Prof. _____
Direttore Responsabile della U.O. _____ esprime

parere positivo _____

parere negativo _____

Valutazione della compatibilità della stessa con le attività della U.O. dei turni di servizio, dell'eventuale occupazione tempi inascluna, dei volumi prestazionali negoziati ecc.

per le seguenti ragioni _____

data _____ firma _____

In merito alla richiesta che precede, il sottoscritto Dr. Prof. _____
Direttore del Dipartimento RSDB _____ esprime

parere positivo _____

parere negativo _____

Valutazione della compatibilità della stessa con gli obiettivi di budget negoziati della disponibilità degli spazi (anche temporali), ecc.

per le seguenti ragioni _____

data _____ firma _____

Prestazioni	Onorario proposto	8,5 % onorario per I.R.A.P.	5% proventi per fondo perequazione	4% proventi per supporto Indiretto	Quota A.S.L. (variabile + costi)	Tariffa utente

Il Dirigente _____

Indicazione della tariffa utente ovvero dell'onorario proposto (il cui importo sarà quello contabilizzato in busta paga, al lordo dell'imposta sul reddito)

