



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. SERRETIELLO CLORINDA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico _____

inquadrate¹ nella disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione Urgenza _____

in servizio presso l'U.O. M.B. _____

del Macro-Centro di Responsabilità DS66 _____

specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza _____

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/servizio o equipollente²: MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE
- 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)

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.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”³

Il sottoscritto Dr. SERRETIELLO CLORINDA _____ Matricola _____

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 66 _____
 - Ospedale _____
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. MB _____ Sede Poliambulatorio Via Vernieri _____
- Ambulatorio _Cardiologia _____
- Piano 2 Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP): Via Michele Vernieri,14 – 84125 - Salerno

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

- Ospedale:

- U.O.

Tipologia di locali:

³ 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 interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	15,00	17,00	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17,00	19,00	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	15,00	17,00	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17,00	19,00	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....	SECONDO ACCESSO

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

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89700.015	Prima visita cardiologica	45	€ 70
89010.014	Visita cardiologica di controllo	30	€ 50
89520.001	Elettrocardiogramma a riposo	15	€ 25
88723.001	Ecodoppler cardiaco a riposo	60	€ 70
88735.001	Ecodoppler TSA	30	€ 50

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 21/02/2023

Il/La Richiedente

Giuseppe Sordani

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. di appartenenza
U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base
e Attività di Ass. Ambulatoriale
IL REFERENTE U.O.
Dr. VINCENZO AUGUSTO~~

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

⁵ 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.

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
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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

- 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 equip o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Parere favorevole






la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprendiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equip 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. Serrettiello Clorinda Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico _____
inquadrate¹ nella disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione Urgenza
in servizio presso l'U.O. M.B. _____
del Macro-Centro di Responsabilità Distretto 66 _____
specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza
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: Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
- 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 _____

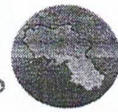
B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:

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.



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"⁵

Il sottoscritto Dr. Serretiello Clorinda Matricola XXXXXXXXXX

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 checked="" 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"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	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	9,00	11,00		PRIMO ACCESSO
Sabato	11,00	12,30		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/ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.015	Prima visita cardiologica	45	€ 100
89010.014	Visita cardiologica di controllo	30	€ 60
89520.001	Elettrocardiogramma	15	€ 25
88723.001	Ecodoppler cardiaco a riposo	60	€ 80
88735.001	Ecodoppler TSA a riposo	40	€ 70

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 22/02/2023

Il Richiedente

Lucrezia Scardapaglia

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

~~U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base
e Ambulatoriale~~

IL DIRIGENTE MADDOSO

Dr. MICHELE MAUCIONE

Cod. NA. 020935

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.).