

Allegato 1

ALPI ALLARGATA –IS1



Domanda di modifica 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

La sottoscritta **Dr.ssa MARIA TALAMO** - Matricola [redacted], già autorizzata a svolgere attività intramoenia con deliberazione n. 1354 del 22/11/2021

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadrato/a¹ nella disciplina di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

in servizio presso l'U.O. di RADIOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. EBOLI

specialista in RADIODIAGNOSTICA

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: DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- *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 _____

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"

Il/La sottoscritto/a Dr. MARIA TALAMO Matricola [REDACTED]

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 Radices
sito in piazza della Libertà, n.23 _____
Comune SALERNO prov. SA CAP 84121

SECONDO STUDIO

- Studio professionale
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO SECONDO STUDIO ³
(art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)

Struttura sanitaria NON accreditata GEOMEDICAL Srl P.IVA 02051450761 autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento DPGR n° 123 rilasciato dalla Regione Basilicata in data 08.07.2021
sito in C.da Galdo Zona PIP
Comune prov. Lauria (PZ) CAP 85044

ALPI DOMICILIARE

³ 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.

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 ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	10:00	12:30	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	9:30	12:30	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Martedì	15:00	18:00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	10:00	12:30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	15:30	17:30	SECONDO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì	10:00	12:30	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	10:00	12:30	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	10:30	12:00	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Sabato,.....,.....		SECONDO ACCESSO

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

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
88732.001	Ecografia della mammella destra	15'	€ 70
88732.002	Ecografia della mammella sinistra	15'	€ 70
88731.001	Ecografia della mammella bilaterale	20'	€ 100
88791.001	Ecografia cute e sottocutaneo NAS	15'	€ 50
88751.002	Ecografia addome inferiore con valutazione residuo post-minzionale (RPM)	15'	€ 70
88761.003	Ecografia addome completo in Radiologia	30'	€ 90
88741.005	Ecografia addome superiore in Radiologia	20'	€ 70
88761.002	Ecografia addome apparato urinario (reni, ureteri, vescica)	20'	€ 70
88714.002	Ecografia ghiandole salivari maggiori	20'	€ 50
88714.009	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI in Radiologia	20'	€ 70
88796.001	ECOGRAFIA TESTICOLARE	20'	€ 70
87371.001	RX MAMMOGRAFIA BILATERALE	15'	€ 70
87372.001	RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX	15'	€ 70

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁶ 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.

87372.002	RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX	15'	€ 70
88929.001	RM MAMMELLA BILATERALE (SENZA E CON MDC)	30'	€ 190
85111.002	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA DX	30'	€ 80
85111.006	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA SX IN RADIOLOGIA	30'	€ 80
87030.005	TC ENCEFALO	20'	€ 78
87031.005	TC ENCEFALO, SENZA E CON MDC	30'	€ 125
88016.001	TC DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC	20'	€ 162
87411.002	TC TORACE, SENZA E CON MDC	20'	€ 128

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 4/7/2023

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

[Signature]
U.O. RADIOLOGIA

Il/la Richiedente

[Signature]

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

[Signature]
REGIONE CAMPANIA
ASL SALERNO
DEA 1° LIVELLO
SBOI - BATTIPAGLIA - ROCCADASSIDA
Dr. San F.F. Dott.ssa Nicoletta