



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. Francesco Corrivetti**

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

Inquadrate/a¹ nella disciplina di Neurochirurgia

in servizio presso l'U.O. di Neurochirurgia

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. San Luca Vallo della Lucania

specialista in Neurochirurgia

e- mail [REDACTED] PEC [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: Neurochirurgia

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. Francesco Corrivetti; 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
sito in Corso Vittorio Emanuele 94
Comune di Salerno (SA) 84122

SECONDO STUDIO

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

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

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	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	10.00	11:30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	11:30	13:00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	10:00	11:00	Visita Domiciliare Prima visita	PRIMO ACCESSO
Sabato	11:00	12:00	Visita domiciliare controllo	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
89010.055	Visita Neurochirurgica (1° Visita)	20 min	€ 120
89010.046	Visita Neurochirurgica (Controllo)	20 min	€ 90
81920.001	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento	10 min	€ 70
No code	Visita neurochirurgica domiciliare	30 min	€ 200
.....	€
.....	€

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 24/10/23

ASL SALERNO
DEA IMMEDIATA della Regione (SA)
Dr. Francesco CORRIVETTI

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla competenza dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Dott. V. Martino

Direttore f.f. U.O.C. di Neurochirurgia

P.O. San Luca Vallo della Lucania

A.S.L. Salerno

NA 23263

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
LUCA VALLO DELLA LUCANIA
DIREZIONE SANITARIA ASL SA
Parere favorevole

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.



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. Funicelli Vito Rosario** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

Inquadrate/a¹ nella disciplina di Ginecologia e Ostetricia

in servizio presso l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia

del Macro-Centro di Responsabilità PO S LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA

specialista in Ginecologia e Ostetricia

e-mail [REDACTED] PEC _____ 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: di Ginecologia e Ostetricia
- *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 sottoscritto Dr. Funicelli Vito Rosario 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 checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via DEGLI EUCALIPTI 111 Comune LAGONEGRO prov. PZ CAP 85042
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/>³ (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/>

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"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	8.30	10.00	PRIMO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	15.00	17.00	PRIMO	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	8.30	10.00	PRIMO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	15.00	17.30	PRIMO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	8.30	12.30	PRIMO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	15.00	17.30	PRIMO	SECONDO ACCESSO
Sabato	8.30	12.00	PRIMO	PRIMO ACCESSO
Sabato	15.00	18.00	PRIMO	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
89260.001	VISITA GINECOLOGICA	10 MIN	€ 50.00
89010.039	VISITA DI CONTROLLO GINECOLOGICA	5 MIN	€ 30.00
88782.001	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	10 MIN	€ 50.00
88780.004	ECOGRAFIA OSTETRICA	10 MIN	€ 50.00
88797.001	ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINALE	10 MIN	€ 50.00
88781.001	ECOGRAFIA OVARICA PER MONITORAGGIO OVULAZIONE	10 MIN	€ 40.00
69700.001	INSERZIONE DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D)	15 MIN	€ 100.00
70210.001	COLPOSCOPIA	15 MIN	€ 50.00

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 01.08.2023

Il/la 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.

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.



✓ **Parere favorevole**
Il Direttore Responsabile dell'U.O. appartenenza



Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

