



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. Antonio Capuozzo

Matricola [redacted]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

inquadrate¹ nella disciplina di Pneumologia

in servizio presso l'U.O. Fisiopatologia Respiratoria

del Macro-Centro di Responsabilità DEA Nocera-Pagani-Scafati P.O. Scarlato di Scafati

specialista in Malattie Apparato Respiratorio

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: PNEUMOLOGIA
- 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. Antonio Capuozzo

Matricola XXXXXXXXXX

SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"

3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il seguente studio professionale

Primo Studio

- Studio professionale
sito in Via Guido Cucci 24
Comune Nocera Inferiore prov. SA CAP 84014

Secondo Studio

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

STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA

- 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

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

⁵ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

ku

2

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	15,00	18,00	STUDIO MEDICO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18,00	20,00	STUDIO MEDICO	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	14,00	18,00	VISITA DOMICILIARE	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	20,00	VISITA DOMICILIARE	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
89700.075	VISITA PNEUMOLOGICA	30 MIN	€ 100,00
89010.066	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO	20 MIN	€ 80,00
89371.001	SPIROMETRIA SEMPLICE	15 MIN	€ 60,00
89651.001	EMOGASANALISI ARTERIOSA	15 MIN	€ 100,00
89170.001	POLISONNOGRAFIA	15 MIN	€ 150,00
89700.008	VISITA ALLERGologica PER PATOLOGIE RESPIRATORIE (ASMA, RINITI ALLERGICHE)	30 MIN	€ 100,00
	VISITA DOMICILIARE	30 MIN	150,00

7 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 04/04/2022

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, **ASL SALERNO**
PRESIDIO OSPEDALIERO
"MAURO SCARLATO" SCAFATI
POLO PNEUMOLOGICO
Dott. IMMACOLATA MAURO
DIRETTORE U.O. BRONCOPNEUMOLOGIA
P.A. 08314

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

A.S.L. SALERNO - D.E.A. L. Imbello
Via Roma Inferiore - Pagani - Scafati
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Maurizio M. D'AMBROSIO

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.).

ALL. 2

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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. Dario Coppeta

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico I livello

inquadrate¹ nella disciplina di Neurologia

in servizio presso l'U.O. Neurologia

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. Umberto I

specialista in Neurologia

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: Neurologia
 - *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.

W



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 Dario Coppeta

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"/>			
<input type="checkbox"/>	Studio professionale sito in Via Stabia n. 5 Comune Angri	prov. SA	CAP 84012
Secondo Studio <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Studio professionale sito in Via _____ Comune _____	prov. _____	CAP _____
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Struttura sanitaria NON accreditata _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____	prov. _____	P.IVA _____ rilasciato da _____ CAP _____
ALPI domiciliare <input checked="" type="checkbox"/> si			

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	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	15,00	19,00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	09,00	12,00		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	09,00	12,00	Domiciliari	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
8913002	Visita Neurologica	40 min	€ 100
89010047	Visita controllo neurologico	30 min	€ 80
.....	Visita domiciliare neurologica	50 min	€ 120
.....	€
.....	€
.....	€

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 30/03/2022

Il Richiedente
[Firma]

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
[Firma]
P.O. **AMBERTO P.**
Neuro Inferiore (SA)
U.O. NEUROLOGIA

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
A.S.L. SALERNO - D.E.A. Livelli
Necessario Inferiore - Pagani - Scafati
Il Direttore SANIYAHIO
Dr. Maurizio **DI AMBROSIO**
[Firma]

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.).

Alp. 3

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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. Gennaro D'Acunzi Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico presso l'UOC di Neurochirurgia del PO di Nocera Inferiore

inquadrato¹ nella disciplina di Neurochirurgia

in servizio presso l'U.O. di Neurochirurgia- PO di Nocera Inferiore

del Macro-Centro di Responsabilità DEA di I livello Nocera/Pagani/Scafati

specialista in Neurochirurgia

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

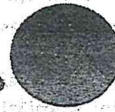
A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²: **NEUROCHIRURGIA**
- *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 _____

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.

h



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. GENNARO D'ACUNZI 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 VINCENZO RUSSO,83 Comune NOCERA SUPERIORE prov. SA CAP 84015
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.

[Handwritten signature]

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 ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	10:00	13:00	Visita domiciliare	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15:00	18:00	Via Vincenzo Russo, 83 84015 Nocera Superiore (SA)	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18:00	20:00	Via Vincenzo Russo, 83 84015 Nocera Superiore (SA)	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.

ASL. SALERNO - D.E.A. III Livello
 P.O. "UMBERTO I" Nocera Inf.
 U.O.C. NEUROCHIRURGIA
 Dott. Gennaro D'ACUNZI
 Ind. Ord.: SA0417



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



11

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.055	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMO ACCESSO)	20 MINUTI	€ 120
89010.046	VISITA DI CONTROLLO NEUROCHIRURGICA (SECONDO ACCESSO)	15 MINUTI	€ 100
.....	VISITA NEUROCHIRURGICA DOMICILIARE	60 MINUTI	€ 220
.....	RELAZIONE NEUROCHIRURGICA AI FINI MEDICO-LEGALE	60 MINUTI	€250
.....	€
.....	€

Come già auto-dichiarato 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.

ASL SALERNO - D.E.A. III Livello
P.O. "UMBERTO I" Nocera Inferiore
U.O.C. NEUROCHIRURGIA
Dott. Giannaro D'ACUNZI
Iscrit. Ord. SAB 017

Il Richiedente
Giuseppe D'Acunzi

Data 1° APRILE 2022

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. di 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

A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
P.O. "UMBERTO I" Nocera Inferiore
U.O. NEUROCHIRURGIA
DIRETTORE
Dr. Michele CARANDENTE
Tel. 0984 264057/1983 - Mail: 3612

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
Nocera Inferiore - Pagani - Scafati

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Maurizio M. D'AMEROSIO

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.).