

Alc. 1



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. GIUSEPPE TORIELLO Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO II LIVELLO

inquadrate¹ nella disciplina di MEDICINA INTERNA
in servizio presso l'U.O. _MEDICINA PO DI EBOLI_

del Macro-Centro di Responsabilità DEA EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE

specialista in _REUMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA

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: REUMATOLOGIA-OSTEOPOROSI
- 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 èquipe (di seguito elencata)

Qualifica

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

1



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. GIUSEPPE TORIELLO_ Matricola [REDACTED]

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 _____
 - Ospedale X _____
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. MEDICINA Sede PO DI EBOLI
- Ambulatorio MEDICINA
- Piano _IV_____ Stanza n° ___ DIRETTORE ___
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) _P.ZZA SCUOLA MEDICA SALERNITANA, 84025, EBOLI, SA

aa

Stampa stampata a rovescio:
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
U.O. MEDICINA INTERNA
DIRETTORE
Dr. Giuseppe Toriello

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.

Handwritten mark

Handwritten mark

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.079	...VISITA REUMATOLOGICA.....	30 MINUTI.	€ 80.00...
89010.069	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€70.00
89700.069	VISITA OSTEOPOROSI.....	30 MINUTI	€ 80.00
89010.056	VISITA OSTEOPOROSI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€70.00
.....	€
.....	€
.....	€

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 14/02/2022_

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 del Macro-Centro di Responsabilità del Macro-Centro di Responsabilità
Dott. Giuseppe Toriello
Dott. Giuseppe Toriello
DIRETTORE
Dott. Giuseppe Toriello



⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- 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.).




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. **GIUSEPPE TORIELLO** Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO II LIVELLO
inquadrate¹ nella disciplina di MEDICINA INTERNA
in servizio presso l'U.O. MEDICINA PO DI EBOLI
del Macro-Centro di Responsabilità DEA EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE
specialista in REUMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA
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: REUMATOLOGIA-OSTEOPOROSI
 - *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. GIUSEPPE TORIELLO 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"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale POLIMEDICO sito in Via DELL’ INDUSTRIA N. 41 Comune BELLIZZI prov. SA CAP 84092 	
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"/>	

AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
 U.O. MEDICINA INTERNA
 DIR. GIUSEPPE TORIELLO
 PROV. SA CAP 84092

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	14.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	17.00	20.00		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì				PRIMO ACCESSO
Giovedì				SECONDO ACCESSO
Venerdì	14.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Venerdì	17.00	20.00		SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

DOTT. GIOVANNI IONICO
 DIRETTORE
 C.O.C. MEDICINA UROLOGICA
 50139 FIRENZE - VIA DE' TORNABUONI, 15
 TELEFONO 055/2399111

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
89700.079	VISITA REUMATOLOGICA	30 MINUTI	€ 80.00
89010.069	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.....	20 MINUTI	€ 70.00
89700.069.....	VISITA OSTEOPOROSI	30 MINUTI	€ 80.00
89010.056	VISITA OSTEOPOROSI DI CONTROLLO	20 MINUTI.	€ 70.00
.....	€
.....	€

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 14/02/2022

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

Dott. Giuseppe Toriello

Parere favorevole
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
PO. MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI
U.O.C. MEDICINA INTERNA
DIRETTORE
Dott. Giuseppe Toriello



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.).