

Alb. 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  
S E D E

La sottoscritta Dr. LIZZA ROSALIA Matricola [redacted] già autorizzata a svolgere attività intramoenia con deliberazione n. 11 del 5/01/2022

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO I LIVELLO  
Inquadrato/a<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
del Macro-Centro di Responsabilità P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE  
specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
e-mail: rosalia.lizza@hotmail.it PEC: [redacted] Tel. 0478100369  
Codice Fiscale: 077RSL71A46A509I

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 equipollente<sup>2</sup>: OSTETRICIA E GINECOLOGIA
  - *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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

*[Handwritten mark]*



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”**

La sottoscritta Dr. LIZZA ROSALIA Matricola **1935**

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

<b>3. DICHIARA di svolgere l’ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>
<b>PRIMO STUDIO <input checked="" type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via SAN PAOLO BELSITO Comune NOLA prov. NA CAP 80035</li></ul>
<b>SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/><sup>3</sup></b> (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
<b>ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/></b>

<sup>3</sup> 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 <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16:00	17:00		PRIMO ACCESSO
Martedì	17:00	18:00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16:00	17:00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	17:00	18:00		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.

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

4

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva <sup>2</sup>
89260.001	VISITA GINECOLOGICA	30'	€ 100
89260.002	VISITA OSTETRICA	30'	€ 100
91385.001	PAP TEST	10'	€ 50.00
89010.039	VISITA DI CONTROLLO GINECOLOGICA	30'	€ 50.00
89010.057	VISITA DI CONTROLLO OSTETRICA	30'	€ 50.00
88780.004	ECO OSTETRICA	30'	€ 80
88797.001	ECO GINECOLOGICA TV E/O PELVICA	30'	€ 80

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 23/11/2022

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità e dell'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Azienda per i Servizi Sanitari SA1  
Regione Campania  
**Parere favorevole**  
P.O. Roberto Nocera Inferiore  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
Roberto Nocera Inferiore  
DIRETTORE  
Roberto Nocera Inferiore

A.S.L. SALERNO  
P.O. "UMBERTO I°" Nocera Inferiore  
Roberto Nocera Inferiore  
DIRETTORE  
Roberto Nocera Inferiore

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità è il libero professionista con

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

Nocera Inferiore - Pagani - Geraci  
Il DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Maurizio M. AMBROSIO  
M. Ambrosio

7



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  
S E D E

La sottoscritta Dr. TANAGRO SAVINA Matricola 3146 già autorizzata a svolgere attività intramoenia con deliberazione n. 11 del 5/01/2022

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

Inquadrato/a<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA

in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE

specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA

e-mail svinatanagro@libero.it PEC tanagro.savina@pec.it Tel. 3476354442

Codice Fiscale: NGSYN65A41F913M

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 equipollente<sup>2</sup>: OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> 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”**

La sottoscritta Dr. TANAGRO SAVINA Matricola **1146**

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>
<b>PRIMO STUDIO <input checked="" type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via VINCENZO RUSSO N. 202 Comune NOCERA SUPERIORE prov. SA CAP 84015</li></ul>
<b>SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/><sup>3</sup></b> (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
<b>ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/></b>

<sup>3</sup> 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 <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16:00	17:00		PRIMO ACCESSO
Martedì	17:00	18:00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16:00	17:00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	17:00	18:00		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.

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89260.001	VISITA GINECOLOGICA	30'	€ 100
89260.002	VISITA OSTETRICA	30'	€ 100
91385.001	PAP TEST	15'	€ 50.00
89010.039	VISITA DI CONTROLLO GINECOLOGICA	30'	€ 50.00
89010.057	VISITA DI CONTROLLO OSTETRICA	30'	€ 50.00
88780.004	ECO OSTETRICA	30'	€ 80
88797.001	ECO GINECOLOGICA TV E/O PELVICA	30'	€ 80

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 23/11/2022

A.S.L. SALERNO  
 U.O. GINECOLOGIA  
 Dr. SSA SAVIA TANAGRO

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

Parere favorevole  
 Azienda per i Servizi Ambulatoriali  
 Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
 P.O. "Umberto I" Nocera Inferiore  
 U.O. di Ginecologia e Ostetricia  
 Dr. E. MARINIS  
 Dott.ssa Ida DE MARINIS

Parere favorevole  
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
 A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello  
 Nocera Inferiore - Pagani - Scarafi  
 Il Direttore Sanitario  
 Dr. Maurizio M. MARRARO

<sup>5</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali