

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/a¹ 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 equipollente²: 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 _____

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.

[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”

| |
|---|
| 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 SAN PAOLO BELSITO Comune NOLA prov. NA CAP 80035 |
| 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 | ..... | ..... |  | 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.

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

4

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

| Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo) | Descrizione Prestazione | Tempo erogazione prestazione | Tariffa Omnicomprensiva ² |
|--|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 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. Umberto I° Nocera Inferiore
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
Dr. Massimo De Marinis
DIRETTORE

Rosalba Lima
A.S.L. SALERNO
P.O. "UMBERTO I°" Nocera Inferiore
U.O. Ostetrica e Ginecologica
D.s.s.a. Rosalia Lima
Responsabile Macro-Centro di Responsabilità

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/a¹ 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 savinatanagro@libero.it PEC tanagro.savina@pec.it Tel. 3476354442

Codice Fiscale: NGSVN65A41F913M

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: 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 _____

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”

La sottoscritta Dr. TANAGRO SAVINA Matricola 1146

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 VINCENZO RUSSO N. 202 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 _____ |
| 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 | ..... | ..... |  | 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.

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

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

| Codice Prestazione ⁵ (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

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.

Azienda per i Servizi Sanitari ASL1
 Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
 P.O. "Umberto I" Nocera Inferiore
 U.O. di Ginecologia e Ostetricia
 Dott.ssa Ida DE MARINIS

A.S.L. SALERNO
 "Umberto I" Nocera Inferiore
 U.O. di Ginecologia e Ostetricia
 Dr.ssa Silvia TANAGRO

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 RESPONSABILE
 Dr. Maurizio M. MARRARO

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali