

All. 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

La sottoscritta **Dr.ssa DE ROBERTO ANNA MARIA** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico a tempo pieno ed indeterminato

Inquadrata¹ nella disciplina di **CARDIOLOGIA**

in servizio presso l'U.O. DISTRETTO SANITARIO NUM 66

del Macro-Centro di Responsabilità Medicina di Base ASL Salerno

specialista in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

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: **CARDIOLOGIA**
- *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 a svolgere l'ALPI Interna in regime di:

- Prestazioni Ambulatoriali
 - Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario / Day Hospital/Day Surgery
- individualmente o in équipe (di seguito elencata)

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 INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"³

La sottoscritta Dr. ssa DE ROBERTO ANNA MARIA Matricola XXXXXXXXXX

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 X num 66 (Salerno)
 - Ospedale _____
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. Medicina di Base -Cardiologia Sede Poliambulatorio di Pastena
- Ambulatorio
- Piano 1 Stanza n°16
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via John Fitzgerald Kennedy, 84132 Salerno

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.

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	PRIMO ACCESSO
Lunedì	SECONDO ACCESSO
Martedì	PRIMO ACCESSO
Martedì	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	SECONDO ACCESSO
Giovedì	15:00	17:00	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17:00	19:00	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.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89700.015	VISITA CARDIOLOGICA	20	€ 80
89010.014	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	15	€ 70
89520.001	ELETTROCARDIOGRAMMA	10	€ 20
88723.001	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO	20	€ 80
88735.001	ECO(COLOR)DOPPLER TSA A RIPOSO	20	€ 70

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 16/12/2022

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.

ASL Salerno favorevole art. 66
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
e Attività di Ass. Ambulatoriale

IL REFERENTE U.O.
Dr. MINCENZO AUGUSTO
Cod. SA 4823

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

IL DIRETTORE
Distretto 66 - ASL SA
Dr. Luigi Vito

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

⁵ 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.

SEZIONE D "Tipologia di prestazioni in ALPI" in regime di ricovero

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa ⁶
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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 _____

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.

Parere favorevole
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza _____

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità _____

⁶ Alla tariffa indicata 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), nonché il compenso per equipe o personale di supporto ove previsto ai sensi dell'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

La sottoscritta **Dr.ssa Anna Maria De Roberto** Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico a tempo pieno ed indeterminato

Inquadrata¹ nella disciplina di CARDIOLOGIA

in servizio presso l'U.O. DISTRETTO SANITARIO NUM 66

del Macro-Centro di Responsabilità Medicina di Base ASL Salerno

specialista in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

e- mail  EC  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: CARDIOLOGIA
- 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. ssa Anna Maria De Roberto 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 IRNO num 11 Comune Salerno prov. SA CAP 84135
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 checked="" 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	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	16:00	18:00	ALPI DOMICILIARE	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16:00	18:00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18:00	20:00	PRIMO STUDIO	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.

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
89700.015	VISITA CARDIOLOGICA	20	€ 100
89010.014	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	15	€ 80
89520.001	ELETTROCARDIOGRAMMA	10	€ 25
88723.001	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO	20	€ 80
88735.001	ECO(COLOR)DOPPLER TSA A RIPOSO	20	€ 70

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 16/12/2022

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.

ASL/SALERNO - DIST. 66

U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

IL REFERENTE U.O.

Dr. VINCENZO AUGUSTO

Cod. SA 4823

Il/la Richiedente
Antonio...

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

IL DIRETTORE
Distretto 66 - ASL SA
Antonio...

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
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr. LANDI DOMENICO Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

Inquadrate/a¹ nella disciplina di Chirurgia

in servizio presso l'U.O. Poliambulatorio di Pastena DS66 di Viale Kennedy - Salerno
del Macro-Centro di Responsabilità di Medicina di Base

specialista in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva Chirurgica

e-mail [REDACTED] e dm.landi@aslsalerno.it 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

- X nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²: **Chirurgia**
- *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/La sottoscritto/a Dr. Landi Domenico 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
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO X<input checked="" type="checkbox"/> ³ (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
sito in Via  Comune  prov. 
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"

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	16.00	18.00		PRIMO ACCESSO
Martedì	18.00	19,00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16.00	17.30		PRIMO ACCESSO
Venerdì	17.30	19.00		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.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89.07	Visita Chirurgica.	30 minuti	€ 100,00
89.01	Visita Chirurgica di Controllo	20 minuti	€ 80,00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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 13/12/2022

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
U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base
e Attività di Ass. Ambulatoriale
IL REFERENTE U.O.
Dr. VINCENZO AUGUSTO
Cod. SA 4823

Il/La Richiedente
Adriano Cerretti

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
IL DIRETTORE
Distretto 06 - ASL SA
Dr. Luigi Iapo

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 amministrativa, 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.