



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.ssa PASTENA IRIS _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente __MEDICO__

inquadrato¹ nella disciplina di __GERIATRIA__

in servizio presso l'U.O. _CRONICITA' : GERIATRIA – CURE DOMICILIARI – CURE PALLIATIVE _____

del Macro-Centro di Responsabilità _DISTRETTO SANITARIO N. 68 GIFFONI V. P. _____

specialista in
_GERIATRIA_____

e- mail _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

CHIEDE

A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²:
_____GERIATRIA_____
- *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 X
- 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

Il sottoscritto Dr.ssa PASTENA IRIS _____ Matricola _____

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** DS 68 _____
 - Ospedale _____
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. CRONICITA’ : GERIATRIA – CURE DOMICILIARI – CURE PALLIATIVE _____ Sede PONTECAGNANO
- Ambulatorio
GERIATRIA
- Piano RIALZATO Stanza n° 13
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) VIA R. SANZIO, N. 25 - 84098 PONTECAGNANO FAIANO

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.

A

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

| DICHARA 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 | ...15,00... |19,00..... | PRIMO ACCESSO |
| Mercoledì | ...19,00... |20,00..... | SECONDO ACCESSO |
| Giovedì |,..... |,..... | PRIMO ACCESSO |
| Giovedì |,..... |,..... | SECONDO ACCESSO |
| Venerdì | ...15,00... |19,00..... | PRIMO ACCESSO |
| Venerdì | ...19,00... |20,00..... | 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 |
|--|---|------------------------------|----------------------|
| 897000.046 | VISITA GERIATRICA..... |20'..... | € ...100..... |
| L 22 F | VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI LIEVE DIFFICOLTA' |60'..... | € ...150..... |
| L 23 F | VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI MEDIO DIFFICOLTA' | ...60'.... | €180..... |
| L 24 F | VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI ALTO DIFFICOLTA' | ...60'.... | €200..... |
| | | | € |
| | | | € |
| | | | € |

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 4.4.2023

La Richiegenti

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

[Signature]
ASL SA Distretto 68
U.O. S. CRONICITÀ Cure Domiciliari,
Geriatrics, Cure Palliative
Dirigente Responsabile
DR. GIANFRANCO COLACINO

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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

SEDE

Il sottoscritto Dr.ssa PASTENA IRIS _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente __MEDICO_____
inquadrate¹ nella disciplina di __GERIATRICA_____
in servizio presso l'U.O. _CRONICITA' : GERIATRIA – CURE DOMICILIARI – CURE PALLIATIVE _____
del Macro-Centro di Responsabilità _DISTRETTO SANITARIO N. 68 GIFFONI V. P. _____
specialista in
_GERIATRIA_____
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:
_GERIATRIA_____
- 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.

K



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.ssa PASTENA IRIS _____ 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

- Studio professionale

sito in Via _____

Comune _____ prov. _____ CAP _____

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 X

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..... |18,00..... | DOMICILIARE | PRIMO ACCESSO |
| Lunedì |18,00..... |19,00..... | DOMICILIARE | SECONDO ACCESSO |
| Martedì | | | | PRIMO ACCESSO |
| Martedì | | | | SECONDO ACCESSO |
| Mercoledì | | | | 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.

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

| Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo) | Descrizione Prestazione | Tempo erogazione prestazione | Tariffa Omnicomprensiva |
|--|---|------------------------------|-------------------------|
| 897000.046 | ...VISITA GERIATRICA |60' | € ...150..... |
| L 22 F | VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI LIEVE DIFFICOLTA' |60' | € ...160..... |
| L 23 F | VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI MEDIA DIFFICOLTA' |60' | € ...180..... |
| L 24 F | VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI ALTA DIFFICOLTA' |60' | € ...200..... |
| | | | € |
| | | | € |

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 04.04.2023

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
[Signature]
ASL SA - Distretto 68
GIFONI VALLE PIANA
U.O.S. CRONICITÀ Cure Domiciliari,
Geriatrica, Cure Palliative
Dirigente Responsabile
DR. GIANFRANCO COLACINO

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
[Signature]

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.).